



Guide pour le déploiement d'un dispositif d'ACT « Un chez-soi d'abord »



Juillet 2018

Table des matières

Table des illustrations.....	6
Introduction.....	7
I) Contexte et objectif du guide	9
II) A qui s'adresse-t-il ?	10
III) Elaboration du guide	10
IV) Organisation du guide	10
V) Accompagnement national proposé par la Dihal.....	10
Partie 1 : Du Housing First au dispositif « Un chez-soi d'abord »	12
I) De quoi parle-t-on ?.....	12
A. La naissance du modèle.....	12
B. Quels sont les principes directeurs retenus en Europe ?	18
C. En quoi ce dispositif se démarque-t-il en France, des dispositifs classiques ?.....	20
D. Le développement des modèles « <i>Housing first</i> » dans le monde.....	23
E. Les résultats probants du modèle « <i>Housing first</i> » en Europe	27
II) Le dispositif expérimenté en France : « <i>Un chez-soi d'abord</i> ».....	30
A. Historique	30
B. Comment l'expérimentation a été conduite en France	36
C. Quels sont les résultats de l'expérimentation menée en France ?	39
D. Quels sont les principaux enseignements de l'expérimentation ?.....	43
E. Quels sont les principaux défis pour le déploiement du dispositif	44
III) Vers un déploiement du dispositif	45
A. Stratégie et méthodes	45
B. Le décret du 28 décembre 2016.....	48
C. En quoi le décret porte les enseignements du programme expérimental ?.....	48
D. Calendrier de déploiement.....	49
Partie 2 : Planifier la mise en œuvre d'un dispositif « Un chez-soi d'abord ».....	50
I) Pourquoi faut-il planifier la mise en œuvre du dispositif ?	50

A.	Un modèle complexe.....	50
B.	Une approche intégrée.....	51
II)	Les étapes de la planification	51
A.	S'informer sur le modèle	52
B.	Faire un état des lieux des besoins sur le territoire	52
C.	Focus sur le public qui a bénéficié de l'expérimentation	54
D.	Choisir de développer un ACT « Un chez-soi d'abord »	58
E.	Réseau et appropriation du modèle.....	58
F.	Créer un GCSMS	60
G.	L'AAP régional.....	68
III)	Les principaux défis	69
	Partie 3 : Mettre en œuvre le dispositif « Un chez-soi d'abord »	71
I)	Organisation du dispositif.....	71
A.	La gouvernance générale : un pilotage en mode projet	72
B.	L'organisation de la gestion du dispositif	73
C.	Les principales étapes.....	75
D.	Le respect des droits des personnes : Loi 2002-2 et le dispositif.....	77
II)	Recruter les personnes accueillies	80
A.	Les quatre critères d'intégration du dispositif	80
B.	La procédure d'intégration.....	81
C.	Le rythme des intégrations.....	82
III)	Accueillir, loger et accompagner	83
IV)	Loger les personnes accueillies	83
A.	Les principes de base et l'organisation.....	83
B.	La « <i>boîte à outil</i> » du logement.....	85
C.	La stratégie de captation des logements.....	87
D.	La gestion locative adaptée	91
E.	La gestion des incidents.....	97

F.	La gestion de la vacance	98
G.	Etre locataire en titre.....	99
H.	En vrac, quelques points de recommandations	99
V)	Accompagner les personnes accueillies	101
A.	Généralités sur les modèles de suivi intensif et modéré : ACT et ICM.....	101
B.	Le fonctionnement de l'équipe d'accompagnement	103
C.	Un accompagnement individualisé	119
D.	Un accompagnement orienté rétablissement.....	125
E.	La réduction des risques et des dommages	134
F.	Les autres stratégies utilisées.....	137
G.	Les objets de l'accompagnement	138
VI)	Le parcours des personnes accueillies dans le dispositif.....	147
A.	L'entrée dans le dispositif.....	147
B.	La sortie du dispositif.....	151
VII)	Le dispositif et son environnement	153
A.	Généralités.....	153
B.	La place des organisations représentant les personnes accueillies	154
VIII)	Limites et conditions de réussite.....	154
	Partie 4 : Evaluer le dispositif	156
I)	Pourquoi évaluer ?	156
II)	Généralités et cadre théorique	157
III)	Méthode de construction du cadre évaluatif.....	159
A.	Axes de l'évaluation.....	159
B.	Indicateurs retenus sur chacun des axes.....	160
C.	Tableau de bord de suivi national	162
D.	Organisation et calendrier de l'évaluation sur site	163
E.	Complémentarité avec l'évaluation interne et externe	165
IV)	Ce qui sera demandé aux gestionnaires.....	166

III)	La formation	167
A.	Un axe fondamental	167
B.	La formation du personnel	167
C.	Le dispositif ACT « Un chez-soi d'abord » acteur de formation	169
D.	Proposition de modules de formation	169
	Bibliographie.....	176

Table des illustrations

Figure 1: grille ETHOS.....	15
Figure 2: Principe général du « Chez-soi d'abord »	23
Figure 3: Modèle économique aux USA.....	24
Figure 4: Les politiques d'hébergement en Europe et aux USA.....	26
Figure 5: déploiement en Europe : carte interactive à retrouver sur le site du guide Housing first Europe.	27
Figure 6 : Tableau récapitulatif extrait de « Le logement d'abord et après » Mars 2017 ANSA – Action Tank.....	30
Figure 7: Les sites expérimentaux 2011 2016.....	37
Figure 8: principes généraux du programme 2011 2016.....	38
Figure 9: comparaison des durées passées dans les différents lieux de vie	39
Figure 10: comparaison des couts entre les deux bras.....	41
Figure 11: mesure de la fidélité au modèle en 2016.....	43
Figure 12: Etape de la planification.....	51
Figure 13: répartition des nuits dans les 6 mois avant l'entrée	54
Figure 16: violences subies et agies	55
Figure 14: fréquentation des services à l'entrée.....	55
Figure 17: possibilité de demander une aide à l'entrée.....	56
Figure 18: source de revenu à l'entrée	56
Figure 19: répartition des dépenses	57
Figure 20: médicaments pris dans les 6 mois avant l'entrée	58
Figure 21: calendrier type	64
Figure 23: D'après Plante J. 1990	158

Introduction

En 2010 à la remise du rapport « La santé des personnes sans-chez soi¹ » à la Ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale et au Secrétaire d'état au logement, les auteurs ciblent une mesure phare qui est de tester en France le modèle « *Housing first* » qui a fait ses preuves aux États-Unis (*Pathways to Housing*) et qui est en cours d'implantation au Canada (*At Home / Chez-soi*). Le programme « Un chez-soi d'abord » débutera en 2011 ; c'est une expérimentation sociale qui fait l'objet d'une recherche évaluative randomisée.

Deux objectifs sont visés, d'une part celui de répondre aux besoins des personnes durablement sans-abri et présentant des maladies mentales sévères et d'autre part de faire des recommandations aux décideurs publics pour la mise en œuvre d'une politique plus large visant la résorption des situations de sans-abrisme.

Sept ans plus tard le programme est pérennisé et le plan « logement d'abord » est lancé par le Président de la République visant une réforme structurelle de la politique du logement et de l'hébergement des personnes sans-domicile.

Un ensemble d'acteurs ont participé à cette expérience, des administrations centrales aux opérateurs en passant par les équipes, les locataires, les tutelles régionales et départementales, les collectivités territoriales, les équipes de recherche et les partenaires ; ensemble, ils l'ont rendue possible. En lien avec eux, nous avons recueilli les principaux enseignements et recommandations de la phase expérimentale. S'il ne fallait en retenir que trois en introduction de ce guide, ce serait qu'il n'y a aucun critère prédictif pour déterminer la capacité d'habiter, que la maladie mentale n'est pas un frein au maintien dans le logement moyennant un accompagnement adapté aux besoins de la personne et enfin que les personnes ont des compétences et des forces et que s'appuyer sur leurs choix est le point essentiel pour un accompagnement de qualité.

Le décret de création du dispositif « Un chez-soi d'abord » est novateur sur plusieurs points, d'une part en maintenant l'inconditionnalité de l'accès au logement il pose le logement comme déterminant structurel de la santé mais au-delà comme base à l'amélioration de l'état de santé, en ne posant pas de limite de temps à l'accompagnement et en demandant une gestion par un groupement pluridisciplinaire il vise la notion de parcours de santé, enfin en validant l'intégration de médiateurs de santé pair dans les équipes professionnels, il reconnaît l'apport du savoir expérientiel et valorise les compétences des personnes elles-mêmes dans leur trajectoire de rétablissement en santé mentale.

¹ Girard V, Estecahandy P, Chauvin P. La santé des personnes sans chez soi - Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen. Paris : Ministère de la santé et des sports ; 2010

La phase expérimentale parce qu'elle a bénéficié de l'apport de la recherche a été un processus d'apprentissage collectif ; c'est dans cet esprit que ce guide a été rédigé. Il est le reflet du travail en commun durant ces six années de l'ensemble des parties prenantes et devra s'enrichir au fil de l'eau des nouveaux éléments apportés par les futurs sites. C'est un des rôles de la Dihal que de poursuivre ce travail.

Alors oui, en France aussi comme outre-Atlantique et dans la plupart des pays européens le « *Housing First* » c'est possible et ce guide reprend les principales étapes de sa mise en œuvre.

Extrait du résumé du rapport « la santé des personnes sans chez-soi »

L'objectif général des recommandations de ce rapport peut se résumer d'une phrase : « plus de personnes malades à la rue ». Cet objectif nécessitera une stratégie en trois temps :

1. *A court terme* : tout d'abord accompagner les personnes actuellement à la rue en leur proposant simultanément un « chez-soi » pérenne et un accompagnement individualisé gradué et contractualisé vers le soin.

2. *A moyen terme* : d'autre part, il est primordial d'endiguer le flux des personnes malades vers la rue. Deux flux sont à considérer en priorité :

- le premier est celui des personnes en rupture et se trouvant momentanément à la rue, non malades mais qui ont des risques importants de le devenir. Il s'agit là de mettre en place une stratégie préventive de réduction des dommages liés à la vie à la rue,

- Le deuxième est celui des personnes malades ou très vulnérables qui ont de sérieux risques de se retrouver à la rue (prévention des expulsions locatives, accompagnement des sorties d'hôpitaux, de prisons, des dispositifs d'aide sociale à l'enfance, notamment).

3. *A long terme* : bien entendu, cette stratégie n'a de sens que si elle s'accompagne d'un arrêt du flux global vers la rue (malades ou non) et d'un raccourcissement considérable des durées de vie « accidentelle » à la rue : d'où l'importance d'une politique intersectorielle et interministérielle élargie pour prévenir les ruptures de logement et raccourcir au maximum les délais de relogement (et pas seulement de ré-hébergement dans des conditions qui ne peuvent être que des pis allers dont il faut éviter au maximum la chronicité).

I) Contexte et objectif du guide

L'expérimentation « Un Chez-soi d'abord » portée par l'Etat entre 2011 et 2016 a permis la création en décembre 2016 du Dispositif d'appartenance de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord ». Il s'agit d'un nouvel établissement médico-social inscrit dans le code de l'action sociale et des familles (CASF) qui présente des particularités essentielles à connaître pour les futurs gestionnaires de ce type d'établissement. C'est ce que le guide souhaite mettre en lumière en s'appuyant sur les enseignements de l'expérimentation qui s'est déroulé sur quatre villes : Lille, Marseille Toulouse et Paris et des données de la recherche conduite par le laboratoire de santé publique du Pr Pascal Auquier. Cette recherche évaluative portait sur deux axes, d'une part un volet épidémiologique (essai clinique randomisé²) et d'autre part un volet qualitatif mené par Christian Laval et son équipe³ et ayant fait l'objet d'un rapport en 2016.

Ce guide n'est pas le seul à traiter de la stratégie « *Housing first* » et il n'a pas pour objectif d'être exhaustif dans le domaine ; ce n'est pas non plus un ouvrage scientifique mais une aide à la mise en œuvre. Il s'appuie sur d'autres guides ou ouvrages en particulier le *guide européen du logement d'abord* disponible sous format électronique⁴, et auquel les équipes françaises ont collaboré et qui présente entre autre, des témoignages vidéo tout à fait utiles sur les pratiques des équipes. Il en sera fait référence tout au long de notre document. L'autre guide qui est aussi disponible en format électronique est le guide canadien⁵ *At home Chez-soi Toolkit* qui propose des outils adaptables au contexte français. Enfin, mais ces documents ne sont pas disponibles en format électronique, le programme « *Housing first belgium* » a lui aussi édité un guide⁶ en 2016 et bien sûr les ouvrages⁷ publiés par *Pathways to housing* l'organisation créée par Sam Tsemberis à NYC restent des références en la matière mais sont en langue anglaise. Plus récemment l'association Y-Foundation⁸ a publié « *A home of your own* » retraçant leur expérience sur les 20 dernières années et la FIOPS⁹ en Italie a elle aussi produit des ouvrages sur le domaine.

Enfin une plateforme européenne : Housing first hub¹⁰, a été créée en 2016 dont la Dihal est membre mais aussi pour la France la Fondation Abbé Pierre et la Métropole de Lyon.

² documents pour le guide\chapitre 1\Protocole Un chez soi d'abord 15 01 2012 pour PHRC.pdf

³ Pauline Rhenter, Delphine Moreau, Jean Mantovani.

⁴ <https://housingfirstguide.eu/website/?lang=fr>

⁵ <http://housingfirsttoolkit.ca/fr/>

⁶ <http://www.housingfirstbelgium.be/>

⁷ <https://www.pathwayshousingfirst.org/>

⁸ <https://ysaatio.fi/en/housing-first-finland/a-home-of-your-own-handbook>

⁹ <https://ysaatio.fi/en/housing-first-finland/a-home-of-your-own-handbook>

¹⁰ <http://housingfirsteurope.eu/>

II) A qui s'adresse-t-il ?

Le guide s'adresse aux futurs gestionnaires de dispositif d'ACT « Un Chez-soi d'abord », administrateurs, directeurs, cadres gestionnaires, équipes mais aussi partenaires ou locataires qui souhaitent connaître le dispositif.

Le guide sera aussi un outil formatif et pourra être utilisé dans ce cadre à la fois en interne pour les nouveaux professionnels mais aussi dans le cadre du montage de modules de formation continue ou initiale sur la filière sanitaire et sociale

Pour aider les futurs gestionnaires il est de plus proposé des parrainages entre les sites expérimentaux ou historiques et les futurs dispositifs.

III) Elaboration du guide

Le guide est réalisé par la Dihal avec le concours de l'ensemble des équipes et opérateurs de la phase expérimentale. Il s'appuie sur leur expérience et sur les enseignements de la recherche et sera un document évolutif notamment par l'ajout de fiches action.

IV) Organisation du guide

Le guide comprend quatre parties ; une première partie sur l'historique du dispositif avec une mise en perspective internationale, une deuxième partie qui cible la planification de la mise en œuvre et vise à déterminer si le dispositif répond bien aux besoins du territoire avant toute décision de mise en œuvre, une troisième partie centrée sur la mise en œuvre elle-même, une quatrième partie sur l'évaluation du dispositif et enfin une cinquième et dernière partie sur la formation; celle-ci est traitée à part car c'est un élément fondamental pour accompagner le changement de pratiques professionnelles.

Chaque partie comprend, en préambule, un résumé synthétique du chapitre « *Les grandes lignes* » et en fin de partie « *Les points clés* » ou recommandations et la liste des ressources bibliographiques et documentaires. En annexe sont proposées des fiches actions sur les différents thèmes traités ; elles servent d'exemple aux futurs sites pour construire leurs propres outils.

A ce guide, sont bien sûr ajoutés l'ensemble des documents produits par la Dihal tout au long de l'expérimentation et les vidéos « Un Chez-soi d'abord » saison, 1, 2, 3 et 4 produites par le ministère.

Le guide s'appuie sur le guide européen notamment en référence à la cartographie des programmes européens et aux quiz que vous retrouverez à la fin de chacun des chapitres du guide européen et qui peuvent permettre, si le guide est utilisé dans un objectif de formation, une autoévaluation de l'appropriation des concepts et pratiques.

V) Accompagnement national proposé par la Dihal

La Dihal est en charge d'accompagner le déploiement du dispositif. Pour cela le poste de coordination nationale déjà effectif lors de la phase expérimentale est maintenu. Cet

accompagnement national se fera en lien étroit avec les instances locales et régionales tant sur le volet ARS que services de l'Etat.

La Dihal est chargée de faciliter l'appropriation du modèle par l'ensemble des parties prenantes. Il sera plus particulièrement proposé :

- Un accompagnement sur site dès la phase de planification puis lors de la mise en œuvre
- Une évaluation annuelle de la fidélité au modèle via des échelles ad hoc qui seront proposées aux équipes annuellement
- Une animation de réseau national : organisation de journée de rencontres, proposition de formation, système documentaire et veille bibliographique
- Un recueil d'indicateur d'évaluation visant au bon déroulement de la phase de déploiement
- L'animation d'un comité de suivi national sous la présidence du délégué interministériel
- Une communication large sur la stratégie mise en œuvre permettant d'enrichir les politiques publiques de lutte contre le sans-abrisme et le mal logement mais aussi de santé mentale.

Partie 1 : Du Housing First au dispositif « Un chez-soi d'abord »

Les grandes lignes :

L'approche « housing first » propose un accès rapide au logement directement depuis la rue sans condition de traitement ou d'abstinence ; elle s'appuie sur les concepts de rétablissement en santé mentale et la réduction des risques et des dommages.

Elle est née aux Etats-Unis pour répondre à la problématique des personnes sans-abri et présentant des maladies mentales sévères ; c'est le modèle « housing first » développé dans les années 1990 par Sam Tsemberis PhD. Son évaluation robuste en a fait une « evidence based practice » (EPB) ou pratique basée sur les preuves qui a permis son large déploiement en Amérique du Nord, en Australie et dans la plupart des pays européens sur les 10 dernières années

Partout l'approche montre un bon maintien dans le logement et des effets plus ou moins marqués sur l'amélioration du bien-être et sur l'inclusion sociale.

Elle a été utilisée pour différents publics sans-abri et a été intégrée dans la stratégie nationale de réduction du sans-abrisme de certains pays européens comme la Finlande et l'Irlande.

En France l'état a porté une expérimentation du modèle entre 2011 et 2016 dans 4 villes avec une recherche évaluative dont les résultats ont montré l'efficacité du modèle qui est déployé sur 16 autres villes d'ici à 2023

Le dispositif ACT « un chez-soi d'abord » est inscrit dans le code de l'action sociale et des familles par un décret publié le 28 décembre 2016.

I) De quoi parle-t-on ?

A. La naissance du modèle

1. D'où vient l'approche du HF

A la sortie de l'après-guerre, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) impulse, tout d'abord aux États-Unis et en Angleterre puis plus tardivement en Europe, une désinstitutionnalisation en psychiatrie. Cette stratégie est motivée par une volonté forte d'humanisation des soins et de diminution du contrôle social des malades (Novella, 2010). Il s'agit de passer d'un système de soins asilaires à une approche proposant des soins dans la cité permettant aux patients de rester auprès de leur famille mais aussi d'apporter des réponses rapides qui évitent les hospitalisations. Cette évolution importante n'a pourtant pas eu le bilan attendu car elle s'est souvent faite de façon chaotique et le développement des structures d'accueil dans une alternative à l'hospitalisation s'est avéré partout insuffisant ou inadapté.

Ainsi, outre-Atlantique, les premiers modèles d'accès au logement dans la communauté proposaient une prise en charge conditionnée à la réussite de certains paliers, comme la prise d'un traitement ou encore l'arrêt des consommations de toxiques : il s'agit de la stratégie du « *treatment*

first » ; elle a été l'objet de nombreuses critiques car elle laissait de côté les personnes les plus démunies et provoquait leur rejet vers l'itinérance et la criminalisation (Florentin *et al*, 1995). Ceci a été d'autant plus marqué que ce phénomène de désinstitutionalisation est arrivé en même temps que des changements profonds dans l'organisation sociale avec l'éclatement des familles (divorces, mobilité géographique, etc...) (Novella, 2010), la montée du chômage et des loyers, et le creusement des inégalités sociales.

C'est aux Etats-Unis que des modèles alternatifs à la prise en charge par palier vont émerger dans les années 1980 : il s'agit de l'approche « *Housing first* » défendue par Paul Carling¹¹. Elle préconise de permettre aux personnes sans-abris avec des troubles psychiques, d'accéder directement depuis la rue à un logement ordinaire, sans condition médicale et propose un accompagnement spécifique dans le logement. Cette démarche est popularisée dans les années 1990 par Sam Tsemberis¹² et l'organisme « *Pathways to Housing*¹³ » de New York. Le succès de ce modèle aux Etats-Unis a contribué à son application en Europe, avec une fidélité plus ou moins importante au modèle.

2. Situation en France

La France a quant à elle une position particulière concernant la question de la désinstitutionalisation en psychiatrie avec la création du « secteur »¹⁴ qui avait pour objectif d'apporter des soins au plus près du lieu de vie des personnes et surtout le courant d'idées de l'antipsychiatrie porté par le Dr Bonnafé dans les années 1960 condamnant clairement l'enfermement du système asilaire. Pourtant, contrairement à l'Italie ou l'Angleterre, si ce processus s'est accompagné de la fermeture d'un grand nombre de lits¹⁵ dans les asiles psychiatriques il n'y a pas eu de fermeture de ces derniers. Enfin, malgré les efforts des promoteurs du développement d'une politique de secteur, celle-ci s'est arrêtée dans les années 1990¹⁶ avec une répartition des alternatives à l'hospitalisation très inégale et très minoritairement développée sur le territoire (Roelandt, 2010 ; Coldefy *et al*, 2009) et in fine, l'institution psychiatrique se révèle inadaptée pour soigner des personnes sans-abri, en rupture de soins, présentant souvent, outre une schizophrénie, des comorbidités addictives et somatiques. On aboutit alors à la présence de plus en plus importante dans l'espace public de patients en rupture de soins vivant dans la rue sur des périodes de temps de plusieurs années (Damon, 2002).

¹¹ Carling, P. J. (1995), *Return to community: Building support systems for people with psychiatric disabilities*. Guilford Press. 13(4), 11

¹² https://en.wikipedia.org/wiki/Sam_Tsemberis

¹³ <https://www.pathwayshousingfirst.org/>

¹⁴ Dispositif territorial de prise en charge des troubles psychiques pour une population donnée, incluant prévention, soin, post-cure et réadaptation

¹⁵ En France de 1970 à 1990, 88 000 lits de psychiatrie ont été fermés et la durée moyenne de séjour est passée de 250 à 57 jours. (Florentin *et al*, 1995)

¹⁶ De nombreuses raisons sont invoquées : hospitalo-centrisme, développement d'une psychiatrie privée, liberté d'installation des psychiatres, cloisonnement des professionnels œuvrant dans le champ de la santé mentale, etc...

Dans le même temps, comme dans la plupart des pays à haut revenus, le nombre croissant de personnes sans domicile est devenu un enjeu majeur des politiques publiques qui peinent à y apporter des réponses efficaces. Cette évolution s'explique en France comme ailleurs, par des facteurs structurels (chômage de masse, crise du logement) et conjoncturels avec l'intensification des flux migratoires, mais aussi une insuffisance et une inadaptation des dispositifs d'accueil. La stratégie de prise en charge des publics à la rue est, « *plutôt qu'un accès direct au logement, une politique dite « en escalier » où la personne doit (...) faire la preuve qu'elle est « prête à habiter » en étant tout d'abord passée par des dispositifs d'accueil ou de logement temporaire* » (Busch-Geertsema, 2013).

3. Quel problème cherche-t-on à résoudre ?

L'approche « *Housing first* » est particulièrement adaptée pour accompagner les personnes sans-abri les plus vulnérables, celles qui présentent une pathologie mentale sévère et des addictions et échappent aux dispositifs classiques de prise en charge.

1. Combien de personnes sans-abri ?

Définir la population sans-abri est un exercice complexe. C'est une population hétérogène aux contours flous et mouvants. L'INSEE en France se base sur la privation de logement, alors que d'autres pays incluent des critères d'exclusion sociale. Les définitions retenues ne sont pas neutres, elles influent ainsi sur le nombre de personnes catégorisées comme sans-abri, et donc sur les politiques sociales d'aide aux personnes.

En 2012, l'INSEE estimait à 143 000 le nombre de personnes sans domicile en France métropolitaine, ce qui représente une augmentation de 50% entre 2001 et 2012. 10% des personnes sans domicile sont dites « sans-abri » au sens de l'INSEE, c'est-à-dire « qu'elles ont passé la nuit précédant l'enquête dans un lieu non-prévu pour l'habitation, y compris les haltes de nuit qui leur offrent un abri mais qui ne sont pas équipées pour y dormir, ou dans un service d'hébergement ».

Pour faciliter les comparaisons européennes et standardiser les définitions, la Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri (FEANTSA) propose depuis 2005 une typologie de l'exclusion liée au logement, la grille ETHOS (European Typology on Homelessness and housing exclusion). Cette typologie tente de dépasser les définitions étatiques pour classer les personnes en fonction de leurs situations de vie : être sans-abri, être sans logement, être en logement précaire, être en logement inadéquat.

ETHOS
2007

Typologie européenne de l'exclusion liée au logement

L'exclusion liée au logement est un des problèmes de société traités dans le cadre de la Stratégie européenne pour la protection et l'inclusion sociale. La prévention de l'exclusion liée au logement et la réintégration des personnes sans domicile sont des questions qui nécessitent une connaissance des parcours et trajectoires qui mènent à de telles situations de vie.

FEANTSA, Fédération européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri, a développé une typologie de l'exclusion liée au logement appelée ETHOS (European Typology on Homelessness and housing exclusion).

La typologie part du principe que le concept de "logement" (ou "home" en anglais) est composé de trois domaines, dont l'absence pourrait constituer une forme d'exclusion liée au logement. Le fait d'avoir un logement peut

être interprété comme: avoir une habitation adéquate qu'une personne et sa famille peuvent posséder exclusivement (*domaine physique*); avoir un lieu de vie privée pour entretenir des relations sociales (*domaine social*); et avoir un titre légal d'occupation (*domaine légal*). De ce concept de logement sont dérivées quatre formes d'exclusion liée au logement: être sans abri, être sans logement, être en situation de logement précaire, être en situation de logement inadéquat - des situations qui indiquent toutes l'absence d'un logement. ETHOS classe donc les personnes sans domicile en fonction de leur situation de vie ou de logement ("home"). Ces catégories conceptuelles sont divisées en 13 catégories opérationnelles qui peuvent être utiles sur le plan de l'élaboration, du suivi et de l'évaluation de politiques de lutte contre l'exclusion liée au logement.

	Catégorie opérationnelle	Situation de vie	Définition générique
SANS ABRÍ	1 Personnes vivant dans la rue	1.1 Espace public ou externe	Qui vit dans la rue ou dans des espaces publics, sans hébergement qui puisse être défini comme local d'habitation
	2 Personnes en hébergement d'urgence	2.1 Hébergement d'urgence	Personne sans lieu de résidence habituel qui fait usage des hébergements d'urgence, hébergements à bas prix
SANS LOGEMENT	3 Personnes en foyer d'hébergement pour personnes sans domicile	3.1 Foyer d'hébergement d'insertion 3.2 Logement provisoire 3.3 Hébergement de transition avec accompagnement	Quand l'intention est que la durée du séjour soit courte
	4 Personnes en foyer d'hébergement pour femmes	4.1 Hébergement pour femmes	Femmes hébergées du fait de violences domestiques et quand l'intention est que la durée du séjour soit courte
	5 Personnes en hébergement pour immigrants	5.1 Logement provisoire/centres d'accueil 5.2 Hébergement pour travailleurs migrants	Immigrants en hébergement d'accueil ou à court terme du fait de leur statut d'immigrants
	6 Personnes sortant d'institutions	6.1 Institutions pénales 6.2 Institutions médicales (*) 6.3 Institutions pour enfants / homes	Pas de logement disponible avant la libération Reste plus longtemps que prévu par manque de logement Pas de logement identifié (p.ex. au 18 ^e anniversaire)
	7 Bénéficiaires d'un accompagnement au logement à plus long terme	7.1 Foyer d'hébergement médicalisé destiné aux personnes sans domicile plus âgées 7.2 Logement accompagné pour ex-sans-abri	Hébergement de longue durée avec accompagnement pour ex-sans-abri (normalement plus d'un an)
	8 Personnes en habitat précaire	8.1 Provisoirement hébergé dans la famille/chez des amis 8.2 Sans bail de (sous-)location 8.3 Occupation illégale d'un terrain	Qui vit dans un logement conventionnel, mais pas le lieu de résidence habituel du fait d'une absence de logement Occupation d'une habitation sans bail légal Occupation illégale d'un logement Occupation d'un terrain sans droit légal
	9 Personnes menacées d'expulsion	9.1 Application d'une décision d'expulsion (location) 9.2 Avis de saisie (propriétaire)	Quand les avis d'expulsion sont opérationnels Quand le prêteur possède un avis légal de saisie
LOGEMENT INADÉQUAT	10 Personnes menacées de violences domestiques	10.1 Incidents enregistrés par la police	Quand une action de police est prise pour s'assurer d'un lieu sûr pour les victimes de violences domestiques
	11 Personnes vivant dans des structures provisoires/non conventionnelles	11.1 Mobile homes 11.2 Construction non conventionnelle 11.3 Habitat provisoire	Pas conçu pour être un lieu de résidence habituel Abri, baraquement ou cabane de fortune Baraque ou cabane de structure semi permanente
	12 Personnes en logement indigne	12.1 Logements inhabitables occupés	Défini comme impropre à être habité par la législation nationale ou par les règlements de construction
	13 Personnes vivant dans conditions de surpeuplement sévère	13.1 Norme nationale de surpeuplement la plus élevée	Défini comme excédant les normes nationales de densité en termes d'espace au sol ou de pièces utilisables

Note: Un séjour de courte durée est défini comme normalement moins d'un an; un séjour de longue durée est défini comme plus d'un an.

Cette définition est compatible avec les définitions du recensement telles qu'elles sont recommandées dans le rapport UNECE/EUROSTAT (2006)

(*) Inclut les centres de désintoxication, les hôpitaux psychiatriques, etc.



Pour obtenir plus de renseignements, veuillez consulter le 5^e bilan de statistiques sur l'exclusion liée au logement en Europe (Edgar et Meert) sur le site de la FEANTSA www.feantsa.org.

La FEANTSA est soutenue financièrement par la Commission européenne. Les opinions exprimées sont celles des intervenants, la Commission n'est pas responsable de l'utilisation des informations qui sont incluses dans le présent dossier.

Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri AISBL

FEANTSA European Federation of National Associations Working with the Homeless AISBL

194, Chaussée de Louvain ■ 1210 Bruxelles ■ Belgique ■ Tél.: +32 2 538 66 69 ■ Fax: +32 2 539 41 74 ■ office@feantsa.org ■ www.feantsa.org

Figure 1: grille ETHOS

2. Un état de santé dégradé

De nombreuses études dans différents pays montrent que 30 à 50% de personnes sans-abri souffrent de troubles mentaux. Une méta-analyse de la littérature scientifique réalisée entre 1979 et 2005 (Fazel *et al.* 2008) a d'ailleurs confirmé ce point. Elle montre, en particulier, que la prévalence des troubles psychotiques est estimée à 12,7% soit dix fois supérieure à la prévalence en population générale, celle des troubles dépressifs majeurs à 11,4% alors qu'elle est de 7,5% chez les 15/85 ans en population générale¹⁷ ; enfin, la dépendance à l'alcool était retrouvée chez 37,9% des personnes, et la consommation de drogues chez 24,4 %. De plus, une enquête française (Laporte *et al.* 2010) a confirmé un risque plus élevé d'exclusion sociale et de vie dans la rue, pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères, en particulier de schizophrénie (RR=13¹⁸), par rapport à la population générale non malade. Cette étude montre également que les personnes souffrant de schizophrénie sont plus souvent agressées verbalement et physiquement que les autres personnes sans-abri.

En ce qui concerne le volet somatique, il n'y a pas en France d'étude épidémiologique fiable mais les acteurs de terrain s'accordent sur le fait que l'état de santé des personnes sans-abri est catastrophique avec des âges de décès autour de 45 ans (ONPES, 2013) associés à une qualité de vie dégradée (Girard *et al.*, 2010).

3. Un accès aux droits et un parcours de soins complexe

Sur le point particulier de l'accès aux droits, la sénatrice Aline Archimbaud¹⁹ souligne dans le rapport intitulé « *L'accès aux soins des plus démunis, 40 mesures pour un choc de solidarité* », remis au premier ministre en septembre 2013, que globalement pour les personnes en situation de précarité « *la réalité est celle d'un parcours du combattant pour l'accès aux droits dans un système qui ne semble pas avoir été conçu pour [elles]* ».

Le cloisonnement des prises en charge, le manque de coordination entre les dispositifs ou les champs d'intervention sont des causes identifiées de rupture des soins et d'accompagnement mais aussi de surcoût pour la puissance publique (Girard *et al.*, 2010). Plus récemment, « *l'Étude des parcours de soins des personnes en situation de précarité* », commanditée par la DGOS souligne que la « *réussite d'un parcours de soin repose sur un équilibre pluridimensionnel impliquant largement le système de santé* ». L'étude note que deux grandes dimensions sont concernées ; la première dimension se réfère à la « *sécurisation* » de la personne : avec, l'existence d'une couverture assurantielle complète, d'un lien de confiance avec un acteur clé du système de soins et enfin la

¹⁷ Baromètre santé de l'Inpes s'élève en France, en 2010 :

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/SH-depression.pdf>

¹⁸ Risque relatif : mesure statistique qui montre dans cette étude que le le risque est 13 fois plus élevé pour les personnes souffrant de la maladie de se retrouver à la rue

¹⁹ <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000645/index.shtml>

présence d'aidants naturels dans le champ familial ou social et, une seconde dimension qui elle fait référence au fonctionnement du système de soins dans sa dimension « *d'accessibilité fonctionnelle* » ; ce point fait référence au fait que « *le plus souvent, les personnes s'adaptent au fonctionnement du système et aux possibilités offertes* » et non l'inverse²⁰. Il y a donc une conjonction de deux effets négatifs : un faible rétablissement des personnes et une forte consommation de services peu efficace compte tenu notamment de leur discontinuité.

Les liens entre altération de l'état de santé et situation de sans-abrisme sont avérés et comme le constatait la Cour des comptes en 2007 dans un rapport sur les personnes sans-abri, ce sont « *les personnes qui cumulent les situations de vulnérabilité (qui) sont les plus à même de rentrer dans le cycle récurrent de l'urgence sociale et (de) tourner en boucle de structures sociales en structures sanitaires jusqu'à ce que mort s'en suive* »²¹. C'est d'ailleurs ce qui fonde les critiques du modèle basé sur le « *treatment first* » et plusieurs études scientifiques plaident en faveur de l'approche type « *housing first* ».

Ainsi, selon l'étude de Padgett et al. de 2010, « *Housing first* » s'accompagnait d'une diminution plus importante des rechutes et de l'utilisation de substances psychoactives. Ce même modèle était également associé à une meilleure acceptabilité (moins de perdus de vue et moins de sortie de programme). L'étude de Henwood et al., confirme ces résultats et montre que les professionnels travaillant dans des équipes de type « *treatment first* » sont plus (pré)occupés par la recherche d'un logement individuel devant être proposé à l'issue du programme, alors que les professionnels impliqués dans les équipes de type « *Housing first* » centrent plus leurs efforts sur la prise en charge médico-sociale. L'étude de Kyle et al., suggère au regard d'une revue de la littérature que « *la mise à disposition d'un logement non conditionné à un suivi médical du patient peut favoriser à terme l'engagement libre des personnes dans une prise en charge globale médico-sociale* »²².

4. Comment fonctionne l'approche « *housing first* » ?

Partant du constat que les personnes sans-abri souffrant de maladie mentale sévère échappent aux dispositifs classiques de prise en charge, le modèle « *Housing first* » propose d'inverser la stratégie d'accompagnement.

Il défend l'efficacité de l'accès direct à un logement indépendant sans condition, assorti d'un « *pack de services* » médicaux et sociaux disponibles et intensifs et s'appuyant sur le respect du choix

²⁰ Rapport final : « Etude des parcours de soins des personnes en situation de précarité, spécificité en rapport avec l'environnement local » Direction générale de l'offre de soins 2015

²¹ <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000208.pdf>

²² Protocole de recherche PHRC : Essai d'intervention randomisé évaluant l'efficacité de deux stratégies de prise en charge des personnes sans domicile souffrant d'une pathologie mentale sévère _ Programme « un chez soi d'abord »

de la personne²³ et il postule que celle-ci a les compétences pour accéder directement depuis la rue à un logement ordinaire. Il se distingue du modèle dit « *modèle en escalier* » ou modèle « *treatment first* » qui prône un accès progressif et par étapes à un logement ordinaire mais aussi, il spécifie que les personnes n'ont pas besoin d'avoir accepté un traitement psychiatrique ou d'être abstinentes ou sur la voie de l'abstinence concernant le mésusage de substances psycho actives, pour accéder à un chez-soi.

Il s'appuie sur huit principes de base qui ont été particulièrement étudiés dans le cadre du modèle « *Pathways to Housing* ». Ces principes qui seront détaillés ultérieurement, sont : (1) le logement comme un droit humain (2) la notion de respect, d'attention et de compassion pour tous les clients (3) un engagement à suivre le client autant que de besoin (4) l'accès à des appartements indépendants en diffus dans la cité (5) une séparation des services cliniques et de logement (6) le respect du choix et la promotion de l'autodétermination du client (7) un accompagnement orienté rétablissement (8) et le principe de la réduction des risques appliqué aux services (Tsemberis *et al.* 2004 ; Tsemberis, 2010 ; Gilmer *et al.* 2010).

5. Quels sont les objectifs ciblés ?

L'objectif de ce modèle est double. Tout d'abord, il s'agit de favoriser le rétablissement des personnes sans-abri souffrant de troubles psychiques sévères. Pour cela, il est nécessaire de sortir d'une logique de survie en permettant l'accès et le maintien dans un logement. D'autre part, le dispositif vise à développer une approche positive à l'égard de la santé mentale, en favorisant la mise en valeur des compétences personnelles et l'amélioration de l'estime de soi, ainsi que l'affirmation des choix fait par les personnes. Ce processus repose sur l'appropriation du pouvoir d'agir, l'espoir ou la quête d'une vie meilleure. La personne est ainsi placée dans la position d'experte de son parcours, ce qui lui permet de prendre des décisions personnelles.

B. Quels sont les principes directeurs retenus en Europe ?

Les huit principes directeurs initialement reconnus dans le modèle original ont fait l'objet d'une validation lors de l'expérimentation française conduite de 2011 à 2016 ainsi que d'un consensus européen^{24 25} :

Principe n°1 : Le logement est un droit fondamental, consacré en France par l'existence d'un droit au logement opposable (*Loi DALO*²⁶ - Loi n° 2007-290 du 5 mars 2007)

²³In TSEMBERIS, Sam, Leyla Gulcur, et Maria Nakae. 2004. « Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis ». *American Journal of Public Health* 94 (4): 651-56.

²⁴Housing first guide europe. Voir : <https://housingfirstguide.eu/>

²⁵Peer-review les 16 et 17 mars 2016.

Voir <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=fr&catId=89&newsId=2338&furtherNews=yes>

²⁶ <http://www.cohesion-territoires.gouv.fr/le-droit-au-logement-opposable-dalo>

Principe n°2 : Le dispositif propose à la personne un accès rapide à un logement ordinaire de son choix diffus dans la cité - sans conditions préalables de traitement ou d'abstinence aux substances psychoactives. Les logements sont répartis dans les différents quartiers de la ville.

Principe n°3 : La personne a le choix de l'agenda et de la temporalité des services d'accompagnement (notion d'autodétermination), dans la limite du respect de l'engagement minimum d'une visite hebdomadaire avec l'équipe d'accompagnement.

Principe n°4 : L'accompagnement se poursuit autant que de besoin dans le cadre d'un accès aux droits et à des soins efficaces ainsi qu'à la citoyenneté via une insertion dans le milieu ordinaire. Ainsi la durée de l'accompagnement n'est pas spécifiée à priori. Elle est réévaluée annuellement.

Principe n°5 : La séparation des services de logement et de traitement ; l'accompagnement se poursuit quel que soit le parcours résidentiel de la personne ET le logement n'est pas conditionné à l'observance d'un suivi thérapeutique.

Principe n°6 : Les services de soutien individualisé sont orientés « Rétablissement ». Le « *rétablissement* »²⁷ en santé mentale est un concept qui part de l'expérience des personnes. Il peut être défini comme « *un processus profondément personnel et unique de changement de ses attitudes, valeurs, sentiments, objectifs, compétences, etc... [qui] remet en question l'hypothèse pessimiste selon laquelle la maladie mentale serait une maladie chronique voire incurable avec au mieux une stabilisation des symptômes* »²⁸. Sa promotion fut d'abord le fait des personnes atteintes de maladie mentale et de leurs familles à travers des associations et se définissant souvent comme des « *survivants de la psychiatrie* ». Les revendications portaient déjà bien plus sur une dimension sociale, citoyenne et politique du rétablissement que biologique. Au même moment, une étude clinique longitudinale internationale menée par l'OMS sur la schizophrénie mettait en évidence qu'environ 30% des personnes avec un diagnostic de schizophrénie se rétablissent complètement, et 30% se rétablissent en partie²⁹. Elle a amené, dans certains pays, à une véritable transformation de l'offre de soins, avec un nombre croissant de politiques nationales de santé mentale centrées de manière explicite sur le « rétablissement » (États-Unis, Canada, Royaume-Uni, Australie, Nouvelle- Zélande). Offrir des « *soins orientés rétablissement* » nécessite de donner à l'individu la liberté de choisir parmi la gamme de services offerts ceux qui sont les plus susceptibles d'aider à son rétablissement, de prioriser des interventions dans le milieu de vie des personnes, d'offrir une gamme de services globale et intégrée pouvant s'adapter aux changements que la personne vivra durant son expérience de rétablissement.

²⁷Pour plus d'information se référer à : Greacen T, Jouet E. Rétablissement et inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique : le projet EMILIA. *L'Information psychiatrique* 2013 ; 89 : 359-64.

²⁸William Anthony (1993) *psychom "santé mentale de A à Z"*

²⁹Davidson L, Rakfeldt J, Strauss J. *The roots of the recovery movement in psychiatry*. Wiley-Blackwell, editor.; 2010.

Les « *soins orientés rétablissement* » s'appuient enfin sur une pluralité d'outil d'accompagnement (WRAP³⁰, remédiation cognitive, réhabilitation psychosociale, ...).

Principe n°7 : L'approche de réduction des risques et des dommages (RDR) est promue. Elle s'adresse avant tout aux consommateurs de substances psychoactives licites ou illicites et à leurs proches. Développée au cours des années 1980, dans le contexte de l'épidémie de VIH chez les usagers injecteurs d'héroïne, la RDR a progressivement intégré d'autres registres d'action concernant d'autres produits, comme les initiatives développées autour des risques liés à l'alcool. La réduction des risques se réclame d'une démarche de santé publique pragmatique en ce qu'elle entend limiter les risques liés à la consommation, sans avoir comme premier objectif le sevrage et l'abstinence. Elle vise à encourager l'utilisateur à adopter autant que possible des comportements moins nocifs pour sa santé. Elle prend en compte les contextes dans lesquels les substances sont consommées (isolément ou en groupe, en milieu festif ou dans la rue...) et les profils des consommateurs. La connaissance des motivations et des conditions dans lesquelles les personnes sont amenées à consommer est en effet nécessaire pour définir les stratégies efficaces de réduction des risques.

Principe n°8 : L'accompagnement s'effectue dans le cadre d'un engagement intensif et d'une inconditionnalité de l'accompagnement.

C. En quoi ce dispositif se démarque-t-il en France, des dispositifs classiques ?

1. La politique de l'Accueil hébergement et insertion (AHI)

Depuis les années 1990, l'offre d'hébergement s'est organisée selon le principe d'un parcours en escalier, qui suppose que les personnes ont besoin d'un accompagnement spécifique pour les préparer à habiter un logement ordinaire.

Ce parcours dit aussi « en échelle » ou « par palier », prône un accès progressif et par étapes à un logement ordinaire. Les personnes accueillies dans les structures d'hébergement doivent réussir un certain nombre d'étapes principalement centrées autour de la compliance aux règles des structures d'hébergement ou des logements accompagnés qui sont en général des structures collectives - ou semi collectives - Ceci comporte notamment la prise d'un traitement pour les personnes présentant des troubles psychiques et l'arrêt des consommations de substances psychoactives. Ce modèle postule que la réussite des étapes démontre la capacité - ou non - d'une personne à habiter un logement ordinaire. L'accès à un logement constitue donc l'aboutissement du parcours. L'approche dite « par paliers » poursuit trois objectifs :

- Apprendre à la personne à vivre dans son propre logement après avoir vécu dans la rue ou après avoir fait des allers-retours dans les hôpitaux.
- S'assurer qu'elle suive un traitement pour sa pathologie psychique.

³⁰ Wellness Recovery Action Plan – Ellen Copeland

- S'assurer qu'elle n'ait pas de comportement qui puisse mettre en danger sa santé, son bien-être et sa stabilité au sein du logement, et qu'elle ne consomme ni drogue ni alcool.

Mais deux principales critiques existent quant à ce modèle :

- Il ne permet pas de réduire les ruptures de parcours :

Les structures d'hébergement ont des règles strictes concernant le comportement de la personne (notamment vis-à-vis des addictions), ce qui conduit certaines d'entre elles à quitter la structure d'hébergement et de fait à ne plus être accompagnées (l'accompagnement étant lié à l'hébergement)

L'expérience des personnes les plus vulnérables se résume à une série de « ruptures » étant donné qu'elles naviguent entre des « niveaux » dans un système de prise en charge et doivent toujours se réadapter à un nouvel environnement de vie avec de nouvelles règles et de nouveaux travailleurs sociaux.

- Il prend peu en compte les compétences individuelles :

Les personnes ont des compétences qui ne sont pas valorisées. Il leur est demandé de s'adapter à un parcours qui ne tient pas compte de la spécificité de chaque situation. De plus dans les systèmes de prise en charge en hébergement collectif, il est demandé de s'adapter à la vie de groupe, alors que ce sont des compétences individuelles qui sont requises dans un logement autonome.

Ainsi à la fin des années 1990, une étude américaine innovante en sciences sociales réalisée par Dennis P. Culhane et ses collègues a permis de montrer qu'il y avait un petit groupe de personnes dont le niveau de besoin était très élevé et qui utilisait les services d'aide aux personnes sans domicile pour de longues durées et de façon répétée, mais dont le problème de sans-abrisme n'était jamais résolu³¹, ce qui se révèle à terme très dommageable pour la santé et le bien-être des personnes concernées³².

Plus récemment, dans son rapport « Le logement d'abord et après, bilan et proposition pour la généralisation du logement d'abord en France », l'ANSA et l'Action Tank, proposent « *une approche par parcours pour décrire les trajectoires des personnes sans domicile. Ils utilisent les taux de sortie et les durées moyennes de séjour au sein des dispositifs pour en déduire des probabilités de sortie d'un dispositif à un autre sur plusieurs années. Il s'agit d'une modélisation reposant sur une cohorte « fictive » de personnes sans-abri qui serait à la rue à un mois donné. L'étude montre que 35% des*

³¹ Kuhn, R. et D.P. Culhane. "Applying Cluster Analysis to Test a Typology of Homelessness by Pattern of Shelter Utilization: Results from the Analysis of Administrative Data" Departmental Papers (SPP) (1998). Disponible à l'adresse : http://works.bepress.com/dennis_culhane/3

³² Culhane, D.P, Metraux, S., Byrne, T., Stino, M. et Bainbridge, J. "The Aging of Contemporary Homelessness" Contexts, in press (2013). Disponible à l'adresse : http://works.bepress.com/dennis_culhane/119

personnes qui étaient initialement à la rue un mois donné seront à la rue au terme des 5 ans. De plus, le scénario médian d'accès au logement [dans cette étude] est un parcours de 7 mois à la rue, 6 mois en hébergement d'urgence, 11 mois en insertion, 1 mois en logement accompagné et 34 mois en logement, avec de nombreux aller-retour entre la rue et les structures d'hébergement »³³.

2. La politique de lutte contre le handicap

La France a par ailleurs la spécificité d'avoir développé un large secteur médico-social pouvant répondre aux besoins des personnes dont le handicap psychique³⁴ est reconnu. La notion de handicap psychique est inscrite dans la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées qui traduit par ailleurs l'évolution du regard de la société sur le handicap : pas d'approche strictement médicale mais une prise en compte des incapacités de la personne handicapée et de son inadaptation totale ou partielle à son environnement. Accessibilité et droit à compensation en sont les piliers essentiels. Pour autant, l'accès aux dispositifs médico-sociaux destinés aux personnes en situation d'exclusion et présentant un trouble psychique définis dans le cadre de la *Loi du 11 février 2005* nécessitent au préalable que la personne ait bénéficié d'une orientation par la *Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées* (CDAPH) et un engagement dans une démarche de soins. Les publics les plus vulnérables en sont le plus souvent exclus et ne peuvent que rarement - ou au mieux tardivement - accéder aux structures médico-sociales adaptées à leurs besoins.

3. En quoi le modèle « housing first » est novateur en France ?

Elle propose un accès au logement sans condition préalable. La sortie d'une logique de survie est un préalable à la démarche d'insertion et de soin.

Elle postule que les personnes ont des compétences et sont en capacité de faire des choix, première étape dans un parcours de citoyenneté.

Elle ne pose pas à priori de durée à l'accompagnement mais propose un accompagnement individualisé pour des personnes présentant des besoins singuliers.

Elle vise un accompagnement de parcours en dissociant logement et accompagnement. L'un n'est plus conditionné à l'autre afin de prévenir les ruptures.

L'approche est centrée sur l'amélioration de la santé et du bien-être et sur la (re)création d'un lien social

³³ <http://www.solidarites-actives.com/fr/nos-actualites/publication/le-logement-dabord-et-apres>

³⁴ Le handicap psychique est caractérisé par un déficit relationnel, des difficultés de concentration, une grande variabilité dans la possibilité d'utilisation des capacités alors que la personne garde des facultés intellectuelles normales

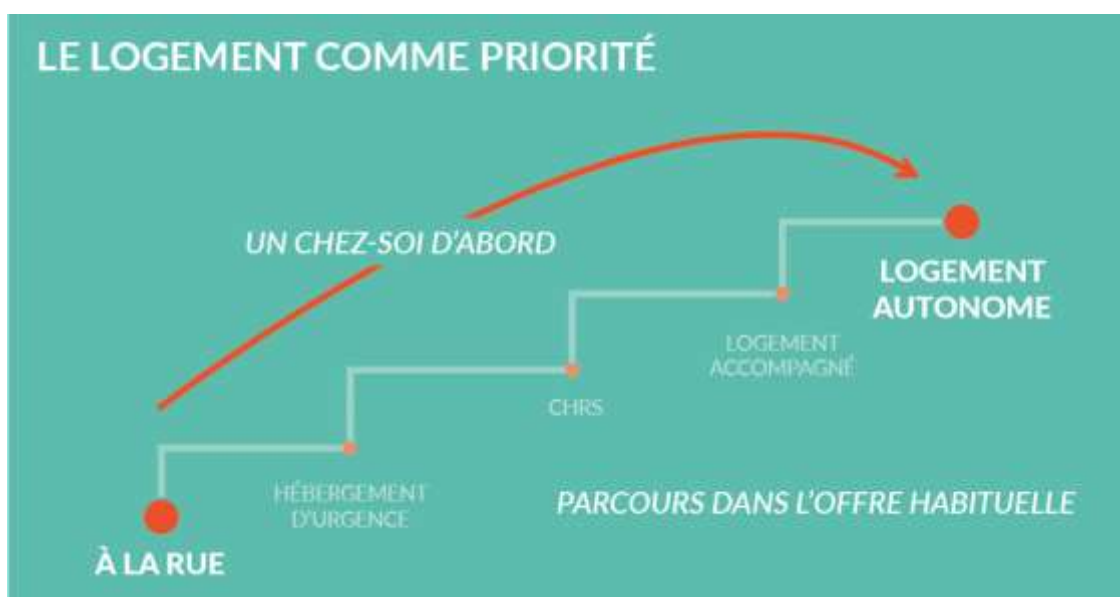


Figure 2: Principe général du « Chez-soi d'abord »

D. Le développement des modèles « *Housing first* » dans le monde

Le modèle s'il s'est développé initialement aux Etats-Unis, a ensuite été largement déployé au Canada, en Australie et en Europe. Partout les recherches ont montré qu'il permettait de mettre fin à la situation de *sans-abrisme* pour au moins 8 personnes sur 10³⁵. On a pu constater l'efficacité de l'approche auprès de divers groupes de personnes sans domicile, celles fortement désocialisées, et/ou souffrant de troubles psychiques, de problèmes d'addiction ou en mauvaise santé physique³⁶.

Le recours systématique à des recherches comparatives entre « Housing first » et « approche par palier » en particulier concernant le volet économique a montré la plus-value du « Housing first » sur la réduction des hospitalisations et des incarcérations dès lors que les personnes sont logées et accompagnées. Les services classiques outre le fait qu'ils ne réussissaient pas à résoudre la question du sans-abrisme apparaissaient de plus en plus rentables.

L'analyse des coûts réalisée par l'organisation « Pathways to Housing » montre que leur programme coûte 57\$ par nuit, comparé à 77\$ pour une place dans un centre d'hébergement³⁷ (à peu près 52€ par rapport à 70€, chiffres de 2012).

³⁵ Basé sur une analyse des données probantes existantes, voir: Pleace, N. and Bretherton, J. (2013) The Case for Housing First in the European Union: A Critical Evaluation of Concerns about Effectiveness. European Journal of Homelessness, 7(2), 21-41 <http://housingfirstguide.eu/website/the-case-for-housing-first-in-the-european-union-a-critical-evaluation-of-concerns-about-effectiveness/> Ce chiffre fait référence aux personnes anciennement sans abri logées depuis au moins un an par un service de logement d'abord

³⁶ http://housingfirsteurope.eu/assets/files/2017/03/HFG_FR_full_digital.pdf

³⁷ Source : <http://www.pathwayshousingfirst.org/>

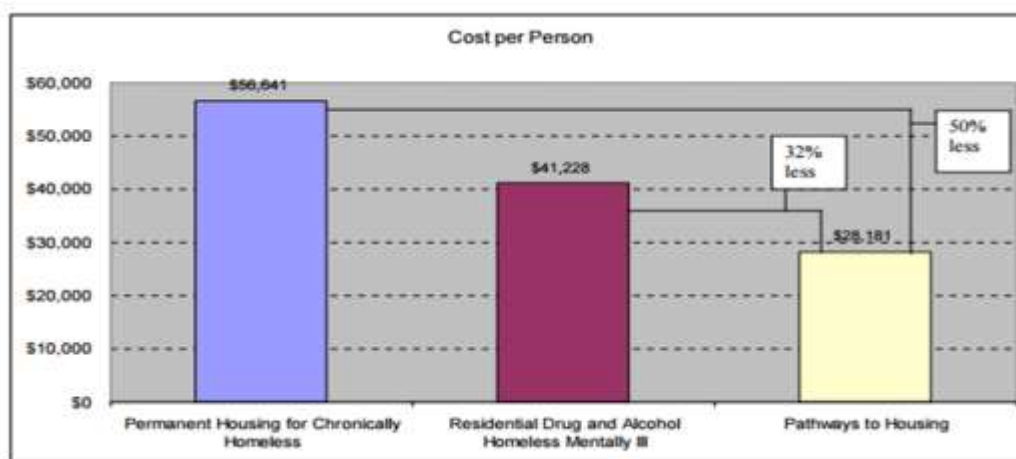


Figure 3: Modèle économique aux USA

Le déploiement des modèles « Housing first » en Europe a donc été encouragé par les recherches en Amérique du Nord que ce soit l'expérience de New-York mais aussi d'autres services dans différents états des Etats-Unis³⁸. Plus récemment, les très bons résultats du programme canadien³⁹ fondé sur l'approche « Pathways to Housing » de New-York et dénommé « At Home/Chez Soi » ont fortement influencé la mise en œuvre notamment en France de programme similaire; il s'agit d'un essai comparatif randomisé⁴⁰ réalisé auprès de 2200 personnes sans domicile permettant de comparer les services de « Housing first » avec les services existants d'aide aux personnes sans domicile.

En Australie⁴¹, le gouvernement a consacré des fonds substantiels à une série d'initiatives visant à lutter contre le sans-abrisme en construisant des appartements urbains de haute qualité (combinés avec un soutien intensif) pour les sans-abri et il a également financé le programme « Street to Home ». C'est un service de liaison hospitalier conçu pour aider les personnes sans-abri admis dans les services d'urgence leur permettant d'être en lien avec les professionnels du logement accompagné.

³⁸ Padgett, D.K.; Heywood, B.F. and Tsemberis, S.J. (2015) Housing First: Ending Homelessness, Transforming Systems and Changing Lives Oxford: Oxford University Press.

Pearson, C.L., Locke, G., Montgomery, A.E. and Buron, L. (2007) The Applicability of Housing First Models to Homeless Persons with a Severe Mental Illness US Department of Housing and Urban Development: Washington DC.

<http://www.huduser.gov/portal/publications/hsgfirst.pdf>

³⁹ Goering, P., Veldhuizen, S., Watson, A., Adair, C., Kopp, B., Latimer, E., Nelson, G., McNaughton, E., Streiner, D. et Aubry, T. (2014) National At Home/Chez Soi Final Report Calgary, AB: Commission de la santé mentale du Canada

⁴⁰ <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/chez-soi#national>

⁴¹ <https://federationsolidarite-aura.org/2017/06/19/les-origines-du-housing-first-de-new-york-vers-un-dploiement-mondial-du-modele/>

En Europe, les résultats du projet de recherche Housing First Europe⁴², dirigé par Volker Busch-Geertsema en 2013, ont permis de confirmer que l'approche « Housing first » pouvait être positive aussi dans les pays européens. Ce rapport a recensé l'ensemble des expériences européennes et aidé à lancer une dynamique entre les différents opérateurs (institutions, chercheurs, associations, collectivités, etc...) sous l'égide de la FEANTSA⁴³. L'étude collige les résultats des évaluations de programmes « Housing first » au Danemark⁴⁴, en Finlande⁴⁵, aux Pays-Bas⁴⁶, au Portugal⁴⁷, en Espagne⁴⁸ et au Royaume-Uni⁴⁹.

De façon générale, ces études montrent qu'en Europe les modèles « Housing first » :

- Sont généralement plus efficaces que les services dits « escalier » pour mettre fin au sans-abrisme des personnes sans domicile ayant des besoins élevés.
- Peuvent être plus rentables car ils permettent de réduire le recours fréquent aux services médicaux d'urgence et de psychiatriques, d'éviter des séjours prolongés dans les dispositifs d'urgence sociale et de diminuer la fréquence des contacts avec le système judiciaire.
- Répondent à la préoccupation éthique et humanitaire pointée dans le fonctionnement de certains services dits « par paliers ».

Cependant, malgré ces résultats positifs, le déploiement se heurte dans la plupart des pays européens à l'énorme pression de la « crise migratoire » qui impacte le secteur de l'hébergement. Seul

⁴² Busch-Geertsema, V. (2013) Le logement d'abord en Europe: Rapport final

<http://housingfirstguide.eu/website/wp-content/uploads/2016/03/FinalReportHousingFirstEurope.pdf>

⁴³ Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Aabri

⁴⁴ Benjaminsen, L. (2013). Policy Review Up-date: Results from the Housing First-based Danish Homelessness Strategy. European Journal of Homelessness, 7(2), 109-131
<http://housingfirstguide.eu/website/?p=4906>

⁴⁵ Pleace, N., Culhane, D.P., Granfelt, R. et Knutagård, M. (2015) The Finnish Homelessness Strategy: An International Review Helsinki : Ministry of the Environment
<https://helda.helsinki.fi/handle/10138/153258>

⁴⁶ Wewerinke, D., Al Shamma, S. and Wolf, J. (2013) Housing First Europe Local Evaluation Report Amsterdam:
<http://housingfirstguide.eu/website/?p=4916>

⁴⁷ Ornelas, J., Martins, P., Zilhão, M.T. et Duarte, T. (2014) Housing First : An Ecological Approach to Promoting Community Integration European Journal of Homelessness(8.1), 29-56
<http://housingfirstguide.eu/website/housing-first-an-ecological-approach-to-promoting-community-integration/>

⁴⁸ https://www.raisfundacion.org/sites/default/files/rais/noticias/infografia_habitat_DEF_A3.pdf and
https://raisfundacion.org/es/informate/noticias_y_eventos/jornada-internacional-habitat;
http://issuu.com/rais_fundacion/docs/presentaciones_habitathf_web?e=5650917/30872088

⁴⁹ Bretherton, J. et Pleace, N. (2015) Housing First in England: An Evaluation of Nine Services
<https://www.york.ac.uk/media/chp/documents/2015/Housing%20First%20England%20Report%20February%202015.pdf>

le Royaume-Uni pratique une politique d'accueil des migrants très restrictive mais partout ailleurs, cette situation pèse sur la prise en charge des personnes sans domicile. Formellement il ne devrait pas y avoir concurrence entre les publics dans la mesure où la politique d'accueil des migrants est clairement distinguée des politiques de l'hébergement et du logement des plus pauvres. Les procédures, les acteurs, les moyens mobilisés dans le traitement de la demande d'asile sont spécifiques. Mais, en pratique, le chevauchement est réel dans la sphère de l'hébergement d'urgence.

	Actualité de la question des « personnes sans domicile » et « sans-abri »	Décentralisation de la politique publique d'hébergement- logement / fédéralisme	Programme Housing First	Impact de la crise migratoire
Allemagne	**	***	-	***
Danemark	*	*	**	**
Espagne	*	**	*	-
Etats-Unis	-	***	**	-
Finlande	-	*	**	**
Italie	**	**	*	***
Royaume- Uni	*	*	*	-
Suède	*	**	*	**
France	**	-	**	**

Figure 4: Les politiques d'hébergement en Europe et aux USA

Quoiqu'il en soit, l'émergence d'une stratégie « Housing first » qui fait consensus au plan international, constitue une avancée considérable dans le champ de la lutte contre le sans-abrisme. En 2016, ce modèle s'est fortement développé en Europe. Dans certains cas, il fait partie intégrante de la stratégie de lutte contre le sans-abrisme, dans d'autres cas, des expérimentations sont en cours. On peut citer : l'Autriche, la Belgique, le Danemark, la Finlande, la France, l'Irlande, l'Italie, les Pays-Bas, la Norvège, le Portugal, l'Espagne, la Suède, le Royaume-Uni. Pour avoir plus d'information sur les programmes européens aller sur : <https://housingfirstguide.eu/website/?lang=fr>



Figure 5: déploiement en Europe : carte interactive à retrouver sur le site du guide Housing first Europe

E. Les résultats probants du modèle « Housing first » en Europe

La recherche Housing First Europe⁵⁰, dirigé par Volker Busch-Geertsema en 2013 et le guide du logement d'abord⁵¹ recensent les principaux résultats probants des programmes « Housing first » en Europe.

1. Le maintien dans le logement

Dans la plupart des cas, les services fondés sur l'approche « Housing first » en Europe permettent de mettre un terme au sans-abrisme d'au moins huit personnes sur dix.

En 2013, 97% des personnes utilisant le service « Discus Housing First » à Amsterdam étaient toujours dans leur logement après 12 mois d'accompagnement ; à Copenhague, ce taux était de 94%, à Glasgow, il est de 92% et à Lisbonne de 79% ; le programme français « un chez-soi d'abord » affiche un taux de 85%⁵². En Espagne, les résultats préliminaires du programme basé sur le logement d'abord, HÁBITAT, indiquent un niveau extrêmement élevé de maintien dans le logement à la fin de 2015. En Angleterre, on a observé en 2015 que dans cinq services de logement d'abord, 74% des personnes sans domicile s'étaient maintenues dans leur logement pendant au moins 12 mois. Ce chiffre est de 98% à Vienne.

La Finlande quant à elle, affiche une réduction de 25% de personnes sans-abri suite à l'adoption d'une stratégie nationale centrée sur le recours au logement d'abord pour mettre fin au

⁵⁰ Busch-Geertsema, V. (2013) Le logement d'abord en Europe : Rapport final
<http://housingfirstguide.eu/website/wp-content/uploads/2016/03/FinalReportHousingFirstEurope.pdf>

⁵¹ http://housingfirsteurope.eu/assets/files/2017/03/HFG_FR_full_digital.pdf

⁵² Busch-Geertsema, V. (2013) Le logement d'abord en Europe : Rapport final
<http://housingfirstguide.eu/website/wp-content/uploads/2016/03/FinalReportHousingFirstEurope.pdf>

sans-abrisme de longue durée, soit en nombre absolu : 2 931 personnes sans-abri de longue durée en 2008 dans les 10 plus grandes villes du pays et 2 192 fin 2013⁵³.

Ainsi, les taux de réussite en Europe se situent au même niveau ou au-dessus de celui de l'Amérique du Nord où les études font état d'un taux de maintien dans le logement se situant entre 80% et 88%. Selon l'évaluation récente du programme canadien At Home/Chez Soi, les usagers des services de logement d'abord ont passé 73% de leur temps dans un logement stable pendant deux ans contre 32% de ceux bénéficiant d'autres services d'aide aux sans-abri. Par ailleurs, selon une méta-analyse internationale⁵⁴ menée en 2008, entre 40% et 60% des personnes sans domicile ayant des besoins élevés d'accompagnement quittaient les services dits « par paliers » ou en étaient expulsées avant d'avoir pu être relogées.

Pour autant il faut bien noter que 20% des usagers des modèles de type « housing first » ne permettent pas de sortir durablement du sans-abrisme ; pour ces personnes d'autres solutions sont à proposer.

2. Santé et bien-être

Les modèles « Housing first » ont montré leur influence positive sur la santé et le bien-être. Ainsi, le rapport européen⁵⁵ montre que 70% des usagers suivis à Amsterdam avaient réduit leur consommation de drogue, 89% d'entre eux précisaient que leur qualité de vie s'était améliorée et 70% que leurs troubles psychiques étaient moindres. Le service Turning Point à Glasgow a également enregistré des résultats positifs. Il y est fait état d'une stabilisation ou d'une réduction de la consommation de drogue/d'alcool d'une majorité d'usagers du service. Au sein du service Casas Primeiro à Lisbonne, 80% des personnes ont affirmé ressentir moins de stress. Le tableau est plus mitigé en ce qui concerne les services de logement d'abord au Danemark, mais 32% des usagers font état d'une diminution de leur consommation d'alcool, 25% d'une amélioration de leurs troubles psychiques et 28% d'une amélioration de leur état physique⁵⁶. Selon l'évaluation de Housing First England, réalisée en 2015, 63% des usagers du service faisaient état d'une amélioration de leur état physique et 66% d'une diminution de leurs troubles psychiques. Quant à leur consommation de drogue et d'alcool, les usagers ont signalé une amélioration, mais celle-ci restait moindre.

Le logement d'abord, en Europe comme en Amérique du Nord, a montré sa capacité à améliorer la santé et le bien-être des usagers. Les résultats sont variables - tous les usagers de services

53 Ibid

54 Pleace, N. (2008) Effective Services for Substance Misuse and Homelessness in Scotland: Evidence from an International Review Edinburgh: Scottish Government.

<http://www.gov.scot/Resource/Doc/233172/0063910.pdf>

55 Busch-Geertsema, V. (2013) Le logement d'abord en Europe : Rapport final

<http://housingfirstguide.eu/website/wp-content/uploads/2016/03/FinalReportHousingFirstEurope.pdf>

56 Ibid

de logement d'abord ne voient pas leur santé et leur bien-être s'améliorer - mais cette approche permet d'apporter des changements positifs pour nombre d'entre eux⁵⁷.

3. Intégration sociale

L'un des objectifs clés du modèle « Housing first » est de promouvoir l'intégration sociale en milieu ordinaire. Le logement agit comme base, ou comme fondement à partir duquel on peut développer l'accompagnement social en vue de la socialisation et de l'intégration économique qui permettront d'améliorer la qualité de vie de la personne. Un accompagnement social de qualité, un engagement positif dans l'environnement et le fait d'avoir une existence structurée et qui a un sens permettent manifestement d'améliorer la santé et le bien-être des personnes. Le service Casas Primeiro à Lisbonne mentionne que près de la moitié des usagers du service avait commencé à rencontrer des personnes et à se socialiser dans les cafés de quartier. 71% des personnes déclarent qu'elles se sentent « chez elles » dans le quartier et 56% qu'elles ont le sentiment de faire partie d'une « communauté » au sens de groupe social. Selon une récente évaluation du programme Housing First en Angleterre, sur 60 usagers des services, 25% déclaraient être en contact régulier avec leur famille avant d'avoir intégré le programme. Ce chiffre atteignait 50% une fois qu'ils étaient accompagnés dans le cadre du service. Avant d'intégrer le programme, 78% des personnes adoptaient des comportements préjudiciables, tels que la consommation d'alcool dans la rue. Ce chiffre passait à 53% après leur intégration dans le programme de logement d'abord. Une étude qualitative menée en Europe et en Amérique du Nord montre que les personnes qui ont intégré ce type de programme peuvent avoir un plus grand sentiment de « sécurité ontologique » que lorsqu'elles étaient sans-abri⁵⁸.

On ne trouve pas beaucoup de données probantes, en Europe ou en Amérique du Nord, faisant état du fait que les programmes aident les personnes sans domicile ayant des besoins élevés d'accompagnement à accéder à un emploi rémunéré, mais il convient de préciser que les personnes qui intègrent ces programmes font souvent face à de nombreux obstacles à l'accès à un emploi.

Cette approche n'a pas l'ambition d'être un remède miracle ou la panacée qui mettra rapidement fin à toutes les conséquences négatives du sans-abrisme. Il réussit à mettre quasi un terme au sans-abrisme et cela en soi, renverse complètement la situation de la personne sans domicile

⁵⁷ Pleace, N. et Quilgars, D. (2013) Improving Health and Social Integration through Housing First: A Review Brussels: DIHAL/FEANTSA.
http://housingfirstguide.eu/website/wp-content/uploads/2016/03/improving_health_and_social_integration_through_housing_first_a_review.pdf

Johnson, G., Parkinson, S. et Parsell, C. (2012) Policy shift or program drift? Implementing Housing First in Australia AHURI Final Report No. 184:
http://www.ahuri.edu.au/_data/assets/pdf_file/0012/2064/AHURI_Final_Report_No184_Policy_shift_or_program_drift_Implementing_Housing_First_in_Australia.pdf

⁵⁸ Busch-Geertsema, V. (2013) Le logement d'abord en Europe : Rapport final
<http://housingfirstguide.eu/website/wp-content/uploads/2016/03/FinalReportHousingFirstEurope.pdf>

confrontée à des risques multiples liés à sa santé, à son bien-être et à son intégration sociale mais ne change pas fondamentalement les enjeux et épreuves auxquels ils sont confrontés.

Expérience	Porteur	Lieu	Début	Public ciblé	Maintien dans le logement
Pathways to Housing	PTH ONG fondée par Sam Tsemberis	New York, USA	1992	242 sans-abris chroniques, isolés, ayant des problèmes physiques et psychiques sévères (inclus une large partie de vétérans)	88%
Street to Home	Common Ground, ONG	New-York, USA	2003	55 sans-abris chroniques, isolés, ayant des problèmes physiques et psychiques sévères	87%
At Home/Chez Soi	Mental Health Commission of Canada	5 sites au Canada	2009	1158 sans-abris chroniques, isolés à la rue ou en hébergement, ayant de lourds problèmes psychiques (inclut une large partie de personnes d'origine autochtone)	73%
Un Chez Soi d'abord	Dihal	4 villes françaises	2011	350 sans-abris chroniques, isolés, ayant des problèmes physiques et psychiques sévère	85%
Totem	Relais Ozanam et 3 autres partenaires	Grenoble, France	2012	25 personnes exclues des systèmes de logement et d'hébergement. Pas de diagnostic psychiatrique nécessaire	Autour de 80%
Accompagnement social global dans le logement	AFFIL	Région IDF France	2013	30 personnes aux parcours diversifiés, ayant un profil CHRS	Autour de 80%
Housing First England (9 services)	Initiatives éparses d'ONG	9 sites différents	2014	143 sans-abris chroniques, isolés, ayant des problèmes physiques et psychiques sévères	83%
Housing First Wien	Neunerhaus, ONG	Vienne, Autriche	2012	54 ménages (isolés et familles) sans-domicile, à la rue ou hébergés, en situation précaire, avec différents niveaux de ressources	98%
Home and Healthy for Good	Massachusetts HSA (organisme public)	Massachusetts, USA	2006	948 sans-abris chroniques, isolés, ayant des problèmes physiques et psychiques sévères	85%
Denver Coalition	Colorado Coalition for the Homeless, MHC (organismes publics)	Denver, USA	2003	200 sans-abris chroniques, isolés, ayant des problèmes physiques et psychiques sévères	96%
Casa Primeiro	AEIPS (ONG)	Lisbonne, Portugal	2009	74 sans-abris chroniques, isolés, ayant des problèmes physiques et psychiques sévères	80%
Discus Housing First	HVO Querido (ONG), ville d'Amsterdam, assureur	Amsterdam, Pays-Bas	2006	165 sans-abris chroniques, isolés, ayant des problèmes physiques et psychiques sévères	84%

Figure 6 : Tableau récapitulatif extrait de « Le logement d'abord et après » Mars 2017 ANSA – Action Tank

II) Le dispositif expérimenté en France : « Un chez-soi d'abord »

A. Historique

En France, l'hiver 2006/2007 est marqué par une forte mobilisation citoyenne sur la question des personnes sans domicile ; l'image des tentes hébergeant des personnes sans-abri installées le long du Canal Saint-Martin donne une forte visibilité médiatique à l'association les enfants de Don

Quichotte qui interpelle les pouvoirs publics sur l'urgence de la situation et exprime une critique forte de l'efficacité et de la capacité d'adaptation de ce secteur aux évolutions de la grande précarité. Cette initiative menée en pleine période de campagne électorale pour les élections présidentielles de 2007 a été le point de départ d'une véritable prise de conscience de la nécessité d'élaborer une approche nouvelle ; elle a permis en particulier la promulgation de la loi DALO⁵⁹, qui érige le droit au logement en droit essentiel de l'individu devant être garanti par la puissance publique.

En novembre 2007, la FNARS⁶⁰ (fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale) est chargée par le gouvernement d'organiser une conférence de consensus afin de définir les principaux axes d'une future politique permettant de lutter contre le sans-abrisme. Le Premier Ministre de l'époque, François Fillon charge fin 2007 le député Etienne Pinte de lui remettre un rapport sur l'hébergement d'urgence et l'accès au logement des personnes sans-abri ou mal logées ; ses préconisations ont conduit au lancement du « Chantier national prioritaire 2008-2012 pour l'hébergement et le logement » et à la nomination d'un Délégué interministériel pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans-abri ou mal logées, le Préfet Alain Régnier. Celui-ci conduira à la demande du gouvernement une série de concertations entre administrations et milieux professionnels et associatifs, aboutissant à la formulation d'une nouvelle stratégie. A l'issue de ce grand travail de concertation, de réflexion et de remise à plat, la stratégie française du « logement d'abord » a été présentée par le secrétaire d'Etat au logement Benoît Apparu le 9 novembre 2009 à l'ensemble du secteur concerné.

Dans le même temps à Marseille, une expérimentation tout à fait novatrice au bénéfice de publics sans-domicile et présentant des maladies mentales sévères voit le jour et sera le terreau principal du programme « un chez-soi d'abord » comme le décrit bien l'extrait de l'article « Une expérimentation française originale du modèle nord-américain Housing first » (Régnier et al., 2011).

⁵⁹ Loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 DALO ou Droit au logement opposable qui permet aux personnes mal logées, ou ayant attendu en vain un logement social pendant un délai anormalement long, de faire valoir leur droit à un logement décent ou à un hébergement (selon les cas) si elles ne peuvent l'obtenir par leurs propres moyens.

⁶⁰ Fédération des auteurs de la solidarité depuis 2016

L'expérience marseillaise, terreau principal à partir duquel le programme national « un chez soi d'abord » s'est développé.

La Cité phocéenne concentre une population pauvre. Plus de 35 % des habitants vivent en dessous du seuil de pauvreté. Entre 5 et 10 000 personnes sans abri occupent les rues et espaces publics, principalement du centre-ville qui « accueille » par ailleurs un nombre important de primo-arrivants principalement des pays anciennement colonisés mais également d'Europe. Cette concentration de pauvreté donne l'impression d'une ville se situant à la frontière entre le premier et le second monde.

Dans la lignée d'une première mobilisation autour des questions de toxicomanies (décennie 90) émerge, au milieu des années 2000, une seconde vague de mobilisation plus axée sur le nombre grandissant de personnes ayant des troubles psychiatriques sévères (sur)vivant et mourant dans l'hyper centre de la ville de Marseille. Se revendiquant du principe qu'avoir un « chez soi » est plus essentiel que d'avoir accès à des soins, un collectif hétéroclite (de professionnels et de citoyens) ouvre un « squat » en plein centre-ville. Ancien hôtel de passe, doté de 15 chambres, dans une rue de la prostitution, à 200 mètres de la Mairie du premier arrondissement, il permet assez rapidement, grâce à l'aide de nombreuses associations (Médecins du Monde, TIPI, La fondation Abbé Pierre, l'Armée du Salut) d'accueillir en moyenne 35 à 40 personnes par ans. Un travailleur pair, ancien sans chez soi habite le lieu et accueille les personnes qu'une équipe de santé mentale communautaire rencontre préalablement dans la rue. Cette équipe va elle aussi s'impliquer dans le « squat » et penser un projet thérapeutique avec les squatteurs. Tous « malades mentaux », et sans-abri, ces derniers sont amenés à avoir des responsabilités importantes car le soir et les week-ends il n'y a pas de professionnels. Chacun occupe une chambre pour une durée indéterminée et y organise sa vie privée comme il l'entend. Dans la mesure du possible, les choix des personnes, leurs temporalités, sont respectés. Il n'y a aucune obligation de prendre des traitements ni d'arrêter de consommer de l'alcool ou des drogues. Il n'y a pas d'obligation non plus d'avoir un projet de réinsertion, ou de sortie du lieu.

Face à cet acte de désobéissance civile, les services sanitaires et sociaux vont rapidement choisir de créer une alliance avec les acteurs responsables.

En septembre 2008, Habitat Alternatif Social, une association spécialisée dans l'accompagnement au logement, facilite la légalisation du squat labellisé « thérapeutique ». C'est le premier squat jamais légalisé dans la ville.

En décembre 2008, la Ministre de la Santé rencontre les résidents, discute avec eux et demande à Vincent Girard, psychiatre, de faire un rapport national sur la santé des personnes sans chez soi. Ce rapport est remis en janvier 2010. Dans le même temps, une équipe de santé mentale communautaire (MARSS) commence avec l'aide d'HAS à proposer des logements ordinaires à des personnes ayant vécu longtemps à la rue et ayant des troubles psychiatriques sévères. De fait, les personnes concernées demandent, dans leur grande majorité, à avoir un appartement ou un studio, comme tout le monde. Entre janvier 2010 et juillet 2011 plus de 18 personnes seront logées. Elles ont toutes connues la rue, et ont des pathologies psychiatriques sévères, le plus souvent des addictions et parfois des problèmes somatiques importants. Une autre de leurs caractéristiques est qu'elles ont pour la plupart expérimenté l'offre de soins classique sans succès.

L'accompagnement proposé s'inspire du savoir-faire des acteurs mais aussi se revendique d'une approche nouvelle du soin psychiatrique, inconnu en France : « *les soins orientés autour du rétablissement* », mouvement et concept dont les racines états-uniennes puisent à la fois dans le mouvement des droits civiques, des « survivants de la psychiatrie », des soignants et des chercheurs engagés et militants.

Un programme expérimental sur 3 ans réalisé sur 4 sites : Lille, Marseille, Toulouse (en 2011) et Paris (en 2012)

Le programme français « Un chez soi d'abord », issu directement des recommandations du rapport suscité se revendique de cette approche du Rétablissement. In fine, il s'agit de reconnaître les compétences qu'acquière les gens malades et sans-abri et de les utiliser pour construire de nouvelles politiques ascendantes dans l'objectif de répondre aux besoins et aux demandes des personnes elles-mêmes et non plus de ceux qui parlent pour elles.

1. La stratégie française du « logement d'abord » de 2009

A partir de 2009, la stratégie du « logement d'abord » va guider les politiques mises en place avec l'objectif de développer des solutions de logement adaptées plutôt que des propositions d'hébergement temporaire. Les trois principaux axes sont (1) la mise en place d'un système

d'orientation centralisé de la demande et de l'offre sur le territoire (avec un numéro vert 115), (2) un référent unique et (3) la priorité à l'accès direct au logement. Dans le même temps, l'Etat engage l'expérimentation « Un chez-soi d'abord » ; il s'agit d'apporter la preuve de l'efficacité du « logement d'abord » pour des publics dits « lourds » et qui échappent aux dispositifs classiques.

Pourtant, comme le souligne l'ANSA dans son rapport de mars 2017 « Le logement d'abord et après », « *le bilan reste globalement nuancé. Plusieurs hypothèses expliquant cela peuvent être avancées. D'une part, ces mesures peinent à produire des résultats rapides, que ce soit en raison des résistances culturelles et organisationnelles au sein du dispositif d'hébergement, ou parce que les mesures s'inscrivent dans un temps long (notamment à cause du temps de production des logements sociaux). D'autre part, ces mesures sont mises en œuvre dans une conjoncture difficile, marquée par la précarisation croissante des publics et des flux migratoires plus importants entraînant une hausse du nombre de demandes d'asile (politique de gestion de l'urgence). Enfin, il est possible que les mesures portées par les politiques en place n'aient pas été assez « radicales », en termes de nature ou d'envergure – par exemple à l'égard de la réforme des attributions de logements sociaux – pour induire un changement rapide de paradigme de prise en charge des personnes sans domicile.* »

En 2013 en effet, devant l'augmentation du nombre de personnes sans solution d'hébergement à la rue, le « Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale » avec un investissement annuel de 1,3 milliards d'euros⁶¹, engage à côté de mesures structurelles favorisant l'accès et le maintien dans le logement (plan de réduction des nuitées d'hôtel, accompagnement vers et dans le logement, mesures d'intermédiation locative, etc...) une augmentation du nombre de dispositifs d'accueil temporaire pour répondre à la saturation du secteur.

2. Le Dispositif « Un chez-soi d'abord »

Sur la période 2011 à 2016 l'expérimentation « un chez-soi d'abord » se poursuit ; elle met en pratique à « petite échelle » une politique de logement d'abord pour les publics présentant des troubles psychiques sévères selon le modèle développé à New-York par Sam Tsemberis. Il s'agit d'apporter la preuve de l'efficacité de la stratégie et in fine, de dire « si c'est possible pour les personnes les plus gravement atteintes, c'est possible pour tout le monde ». Les hypothèses sur lesquelles va s'appuyer le programme sont les suivantes :

- (1) l'accès à un logement est un préalable à une démarche de soins ou d'insertion durable,
- (2) la méthode spécifique proposée permet :
 - Le maintien dans le logement d'un public ayant des besoins singuliers,
 - Concourt à l'engagement dans un parcours de soins et d'insertion sociale, base d'une prise en charge efficace des pathologies psychiques sévères et plus largement des pathologies chroniques,

⁶¹ <http://www.gouvernement.fr/action/l-hebergement-et-le-logement-des-personnes-en-difficulte>

- Vise à un décloisonnement sanitaire et social et à une meilleure performance de la dépense publique.

Les effets du programme seront mesurés par une recherche évaluative de type étude interventionnelle multicentrique, expérimentale, prospective, comparative et randomisée.

L'originalité de la démarche repose principalement sur :

- La méthodologie de l'étude qui constitue un des rares essais interventionnels randomisé dans le champ médico-social en France ;
- Le modèle d'intervention testé qui intègre deux stratégies innovantes en France : l'une sociale (accès au logement direct), et l'autre médicale (rétablissement) ;
- L'utilisation de la notion de « rétablissement », pour évaluer l'impact d'une intervention à long terme, analysé par des approches disciplinaires différentes : sociologique, épidémiologique, politique, psychosociologique, clinique.
- le volet interventionnel comporte une idéologie transformatrice des services d'accompagnement sanitaire et médico-social (orientation rétablissement impliquant plusieurs formes de savoirs « des usagers », réduction des risques, stratégie du logement d'abord) ; ce transfert dans le contexte français d'un modèle nouveau met en tension le modèle des politiques universalistes, réglementaires et égalitaristes (La psychiatrie de secteur, les politiques d'hébergement et de logement, tentent de répartir sur un territoire un ensemble de services sanitaires et sociaux dont l'accès est théoriquement ouvert par l'intermédiaire de droits) et les politiques incitatives visant à modifier les comportements des acteurs sans les contraindre par des lois. L'incitation au cheminement vers de nouvelles conduites se fonde ici moins sur une obligation légale qu'une conviction basée sur une efficience prouvée par des dispositifs d'évaluation technique et scientifique appliqués à des échantillons de populations.

Extrait du rapport qualitatif

La parution du **Décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord »** acte la pérennisation et l'inscription du programme dans le code de l'action sociale et des familles ; ainsi, l'expérimentation abouti à la création d'un nouvel établissement médico-social destiné exclusivement aux personnes sans-abri présentant des troubles psychiatriques sévères mais sera suivi du Plan quinquennal pour le logement d'abord et la réduction du sans-abrisme, actant ainsi du rôle positif de démonstration qu'a pu avoir l'expérimentation auprès de l'ensemble des décideurs et acteurs du secteur.

PRINCIPALES ETAPES DANS LA MISE EN PLACE DU PROGRAMME

2006 – 2007 : mouvement social de mobilisation sur la question des personnes sans-abri lors de la campagne électorale pour les élections présidentielles

2007 : création à Marseille d'un collectif « logement-santé » et d'un squat dit « thérapeutique »

2008 : légalisation du squat et soutien par la ministre de la santé Roseline Bachelot de ce dispositif comme outil de réduction des inégalités sociales de santé

2007 : vote par les parlementaires de la Loi DALO : Droit au Logement Opposable

2007 : conférence de consensus « Sortir de la rue » piloté par la FNARS

2008 : recommandations du Rapport sur l'hébergement d'urgence et l'accès au logement des personnes sans-abri ou mal logées du député Etienne Pinte

2008 : création du « Chantier national prioritaire 2008-2012 pour l'hébergement et le logement » selon la recommandation du rapport Pinte et préfiguration de la DIHAL qui portera une politique interministérielle sur ces sujets

2008 suite au meurtre d'un jeune homme par un patient échappé d'un établissement de santé mentale à Grenoble proposition d'« un plan de sécurisation des hôpitaux » par le président de la république Nicolas Sarkozy lors du discours d'Antony

2009 : stratégie du « logement d'abord » piloté par le secrétaire d'état au logement Benoit Apparu

2010 : conférence européenne de consensus sur la question des personnes sans-abri.

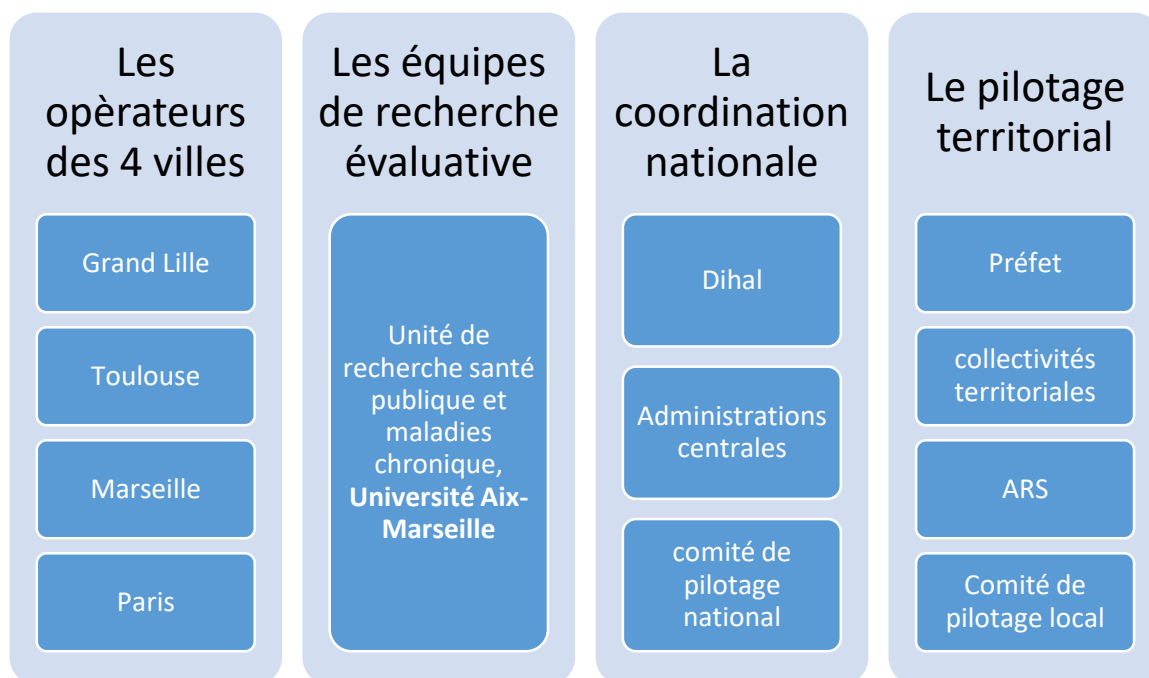
2010 : étude SAMENTA : l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), l'Observatoire du Samu social de Paris et l'Institut de veille sanitaire mettant en avant le nombre important de personnes à la rue avec des pathologies mentales sévères

2010 : rapport « la santé des sans chez-soi » et recommandation de lancement d'un programme type « Housing first » selon le modèle « Pathways to Housing » développé par Sam Tsemberis à New-York

Février 2010 : décision de la ministre de la santé et du secrétaire d'état au logement pour le lancement du programme « Un Chez-soi d'abord ».

B. Comment l'expérimentation a été conduite en France

1. Les acteurs



Les opérateurs : [documents pour le guide\chapitre 1\UCSDB fiches sites octobre 2014 FR.pdf](#)

Vous trouverez des fiches actions reprenant l'ensemble des informations quant aux sites expérimentaux, à la méthode utilisée et au pilotage général : [documents pour le guide\chapitre 1\Fiches 2013 UCSDB.pdf](#)

2. L'organisation

Débuté en 2011, sous l'impulsion de l'Etat, l'expérimentation s'est déroulée sur quatre territoires : Marseille, Toulouse, la métropole Lilloise puis Paris en 2012. Elle vise exclusivement les personnes sans-abri présentant des troubles psychiques sévères.

Le pilotage national du dispositif a été confié au délégué interministériel pour l'hébergement et à l'accès au logement en lien avec les administrations centrales concernées. Le programme de recherche est conduit par l'Unité de Recherche en Santé Publique « Maladies Chroniques et Qualité de Vie » (EA3279) ; un comité de pilotage national et un conseil scientifique sous l'autorité de l'IRESP (Institut de Recherche en Santé Publique) suivent le dérouler de l'expérimentation.

Le Préfet de région garanti la dynamique territoriale en lien avec les agences régionales de santé, les services déconcentrés de l'Etat et les collectivités territoriales. Sur chacun des quatre sites, des opérateurs locaux (établissement de santé, association sociale ou médico-sociale, association assurant la captation de logement) liés par conventions ayant répondu à l'appel à projet national assurent la gouvernance du programme.

Le programme est financé pour le volet accompagnement par la sécurité sociale (ONDAM) à hauteur de 2,7M d'euros par an (pour le suivi de 360 personnes) et par des financements de l'Etat (BOP

177) pour le volet logement (dispositif d'intermédiation locative) à hauteur de 8000 euros par mesure et par an. Le volet recherche est financé principalement par la Direction générale de la santé (DGS) et bénéficie par ailleurs de multi-financements complémentaires.

L'expérimentation suit précisément le modèle Pathways to housing. Les deux conditions qui sont demandées à la personne accueillie sont d'accepter la visite de l'équipe au moins une fois par semaine (dans son logement ou dans tout lieu qu'il choisit dans la cité) et de payer le résiduel de loyer à partir du moment où il a recouvert ses droits et où il a des ressources.

Retrouver le cahier des charges sur :

[documents pour le guide\chapitre 1\Cahier des charges DGS-CNPHL-09-06-10.pdf](#)



Figure 7: Les sites expérimentaux 2011 2016

partir du choix des personnes

- Un logement choisi et aménagé par la personne selon ses goûts et où elle est libre de ses actes.
- Un accès sans condition préalable de traitement ou d'abstinence en lui-même vecteur de changement
- Un droit au choix mais aussi à l'erreur et la possibilité de relogement si nécessaire.

habiter un logement ordinaire

- Le logement est diffus dans le parc privé ou public, chaque participant intégrant à son rythme son nouveau quartier
- Comme tout citoyen, la personne doit vivre en bonne intelligence avec son environnement. Elle est soutenue en cela par l'équipe de suivi. En cas de besoin, les visites peuvent être biquotidiennes
- L'accompagnement et le logement sont indépendants; L'équipe reste présente auprès du participant quel que soit son parcours résidentiel.

des soins orientés rétablissement

- Les soins orientés vers le rétablissement permettent de s'appuyer sur les compétences et capacités des participants pour les accompagner à leur rythme. Tous les aspects sont importants : personnels, professionnels, spirituels...
- L'équipe d'accompagnement pluridisciplinaire intègre des médiateurs de santé : leur rôle au sein de l'équipe apporte la preuve qu'un rétablissement social, citoyen et professionnel est possible.
- Des stratégies d'accompagnement intégrant les principes de la réduction des risques.

des outils spécifiques

- Une équipe de suivi intensif (assertive community treatment ou ACT) est une des clés de réussite du programme. Modélisées dans les années 1970, ces équipes reposent sur les critères suivants :
 - une équipe pluridisciplinaire avec un fort ratio professionnel / patient (1/10),
 - une approche basée sur « l'aller vers »,
 - un suivi dans le temps et une réponse rapide en période de crise,
 - un accompagnement assuré essentiellement par des visites au domicile, mais aussi dans la cité, avec une intensité élevée de services.
- Composition de l'équipe : psychiatre, médecin généraliste, infirmiers/ères, travailleurs sociaux, médiateurs de santé, référent addiction/réduction des risques, spécialiste de la captation de logements, spécialiste de l'insertion professionnelle
- Des propriétaires qui les premiers rendent cette expérimentation possible. Dans cet engagement mutuel, le programme leur garantit :
 - un paiement du loyer dans les temps
 - un accompagnement adapté des participants
 - une remise en état de l'appartement si nécessaire

Figure 8: principes généraux du programme 2011 2016

C. Quels sont les résultats de l'expérimentation menée en France ?

« La stratégie « Housing first » marche aussi en France et les résultats sont probants. »

1. C'est faisable pour les personnes sans-abri souffrant de maladies psychiques sévères

- 705 personnes ont été incluses dans la recherche et 352 dans le programme « un chez-soi d'abord » et 353 dans le groupe témoin
- Les personnes répondent aux critères de vulnérabilité : ils ont passé plus de 8 ans sans domicile dont 4 à la rue, ils souffrent tous de pathologie mentale sévère et pour 50% d'une affection somatique et pour 79% d'une addiction.
- Les personnes ont été logées à 80% dans le parc privé
- L'accès au logement a été rapide (en 28 jours en moyenne) et 85% des personnes se maintiennent dans le logement après deux ans

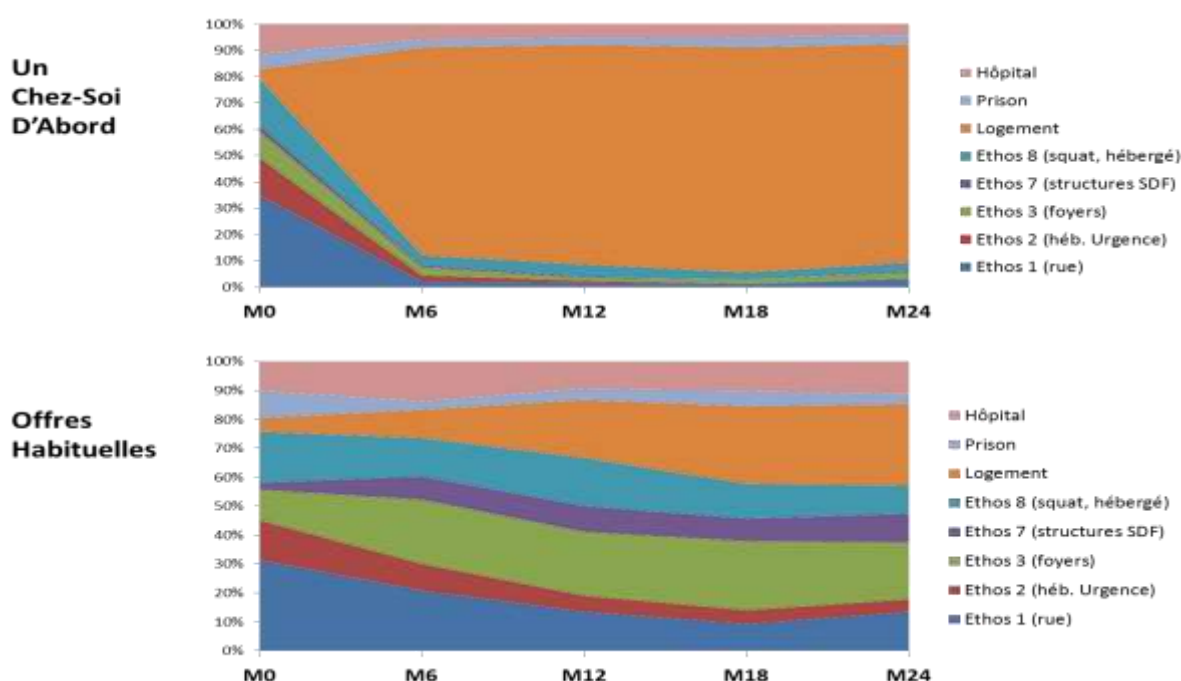


Figure 9: comparaison des durées passées dans les différents lieux de vie

2. C'est bénéfique pour leur santé et leur insertion

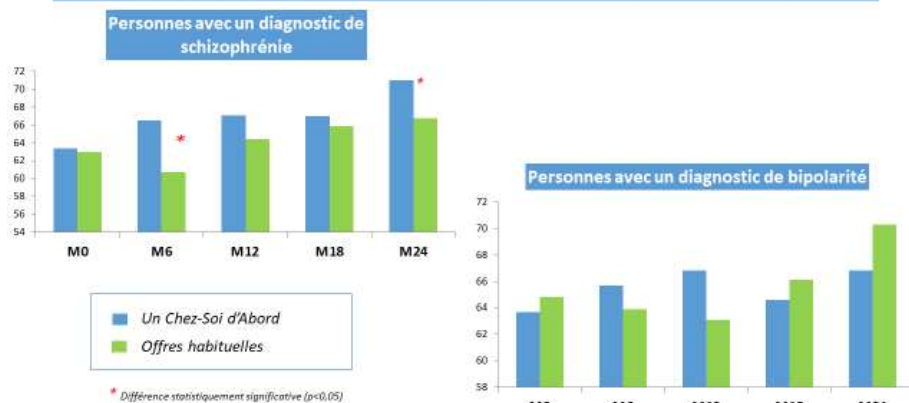
- Une amélioration globale de la qualité de vie est à noter : les personnes accompagnées « se rétablissent et vont mieux⁶² particulièrement celles qui souffrent de schizophrénie.
- La grande majorité des personnes a repris des liens avec son entourage, ses amis ou sa famille.
- On relève une effectivité des droits, un accès à des ressources, une inscription auprès d'un médecin traitant.

⁶² Mesuré à partir d'échelles validées (RAS pour le rétablissement et S-QOL pour la qualité de vie)

- 20% des personnes ont été accompagnées vers une formation professionnelle, un emploi ou des activités bénévoles.

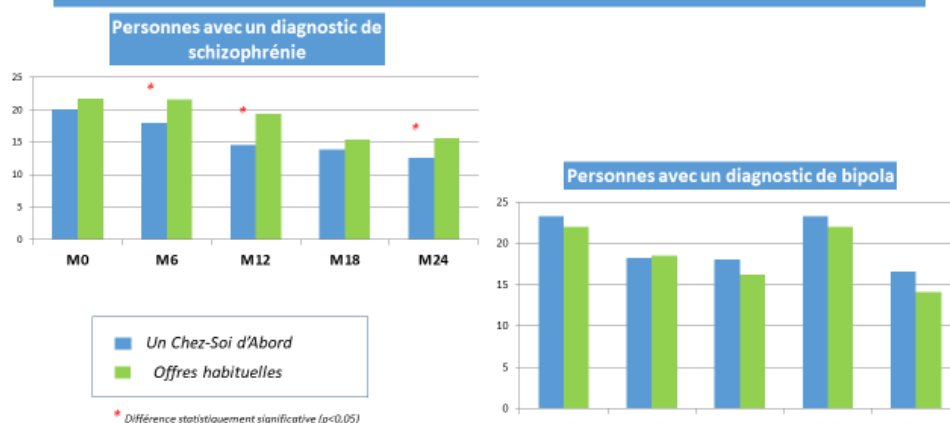
Analyse en sous groupes

Rétablissement : évolution des scores de l'échelle RAS



Analyse en sous groupes

Symptômes: évolution des scores de l'échelle MCSI



3. Cela permet une utilisation plus rationnelle du système de soin

- Les durées de séjour en hospitalisation sont diminuées de 50% pour les personnes suivies en comparaison avec le groupe « témoin ». Le suivi sanitaire se fait majoritairement au domicile, l'hospitalisation est réservée aux situations complexes.

4. Cela permet une rationalisation des dépenses publiques

- 30 000€ c'est le coût annuel moyen des dépenses induites par l'utilisation des structures sanitaires, d'hébergement et de justice par personne à son entrée dans l'étude.
- Le suivi par le programme Un chez-soi d'abord permet de générer des économies globales par un plus faible recours à l'ensemble des services et plus particulièrement des hospitalisations (70% des coûts évités) et les structures d'hébergement (30% des coûts évités)

- Le coût total annuel du programme évalué à 14 000 euros est totalement compensé par les coûts évités calculés en comparaison avec l'offre habituelle.

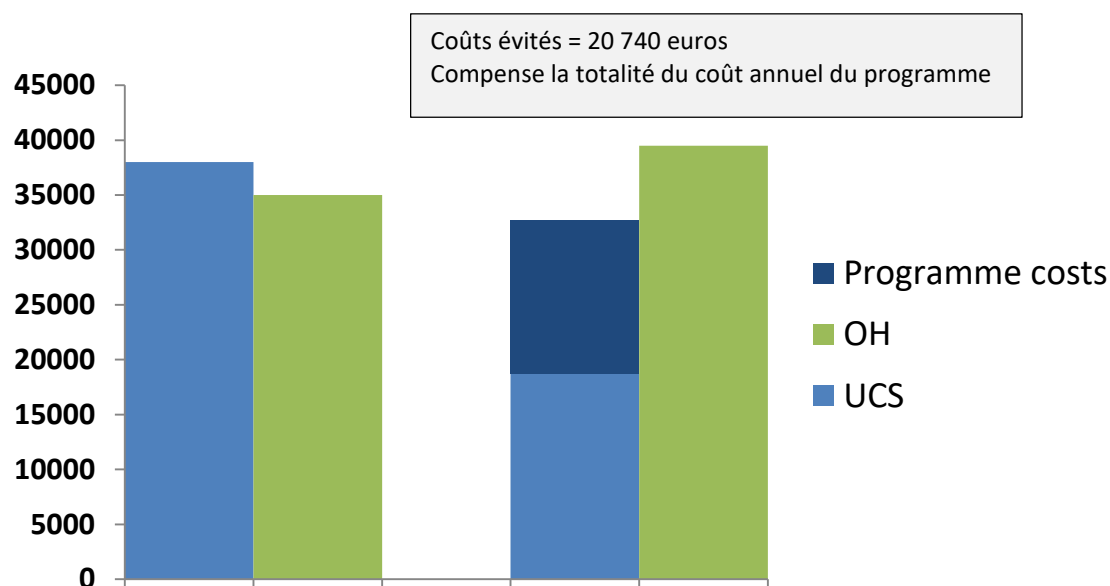


Figure 10: comparaison des couts entre les deux bras

5. C'est bien le modèle choisit qui a été mis en œuvre

- Des équipes pluridisciplinaires sont composées en moyenne de 11,5 ETP d'accompagnement et 2,5 ETP sur le volet de la gestion locative⁶³
- Elles ont eu une activité de suivi intensif avec en moyenne au moins 1 contact par semaine pour 90% des personnes suivies et une pluralité de besoins couverts : santé et bien-être 1/3, soutien et lien 1/3, logement 1/10, social et juridique 1/10, 1/10 aide au quotidien et loisir

⁶³ Coordinateur (1), personnel médical (1), social (4), infirmier (4), médiateur de santé pair (1,5), psychologue (1), gestion locative (1), accompagnement social dans le logement (1), gestion des travaux (0,5)

- L'évaluation de la fidélité au modèle montre un score global de 3,56 sur une échelle de 1 à 4 ; le seuil critique étant de 3. Les écarts portent sur la disponibilité des logements sur les sites, la présence ou non de médiateurs de santé pair dans les équipes et l'orientation des personnes vers les services de droit commun. Une étude est en cours de publication sur la mesure de fidélité au modèle sur plusieurs pays européens.
- Retrouver l'échelle sur : [documents pour le guide\chapitre 1\Enquête de fidélité au modèle Housing First traduction validée 05 2016.pdf](#)

L'évaluation de fidélité s'appuie sur une enquête ad hoc portant sur la passation d'un auto-questionnaire et sur des entretiens semi directifs avec les coordinateurs des quatre sites enfin sur une observation participante.

L'auto-questionnaire validé en langue anglaise par Gilmer et al (2013) a été traduit et utilisé par les chercheurs canadiens en langue française. Cette grille de 38 items reprenant les 5 éléments principaux du modèle a été testée sur les quatre sites français en janvier 2016 pour s'assurer de sa compréhension en particulier concernant des éléments de traduction utilisés par les canadiens (par exemple le terme « dans la communauté » a été traduit par « dans le milieu ordinaire ») mais aussi des éléments de contexte qui pouvaient être différents. Un comité de lecture comprenant quatre experts (Tim Aubry Chercheur « Chez-soi-At home », Roberto Bernad Chercheur RAIS fondation, Coralie Buxant Chercheur « Housing first Belgium », Pascale Estecahandy Coordination « Un Chez-soi d'abord ».) a proposé au regard de cette phase test une traduction définitive. L'auto-questionnaire a été validé par le groupe d'expert dans sa traduction française en le 8 février 2016 lors d'une visioconférence.

Cette échelle dans sa version française se compose de 38 items répartis en 5 dimensions :

- | | |
|--|--------------------|
| ▪ Choix et structure du logement | 7 items – 1 à 7 |
| ▪ Séparation du logement et des services | 6 items - 8 à 13 |
| ▪ Philosophie de la prestation des services | 7 items – 14 à 20 |
| ▪ Eventail des services | 10 items – 21 à 30 |
| ▪ Structure de l'équipe et ressources humaines | 7 items -31 à 37 |

Et une question 38 ouverte sur ce que le répondant estime important d'ajouter.

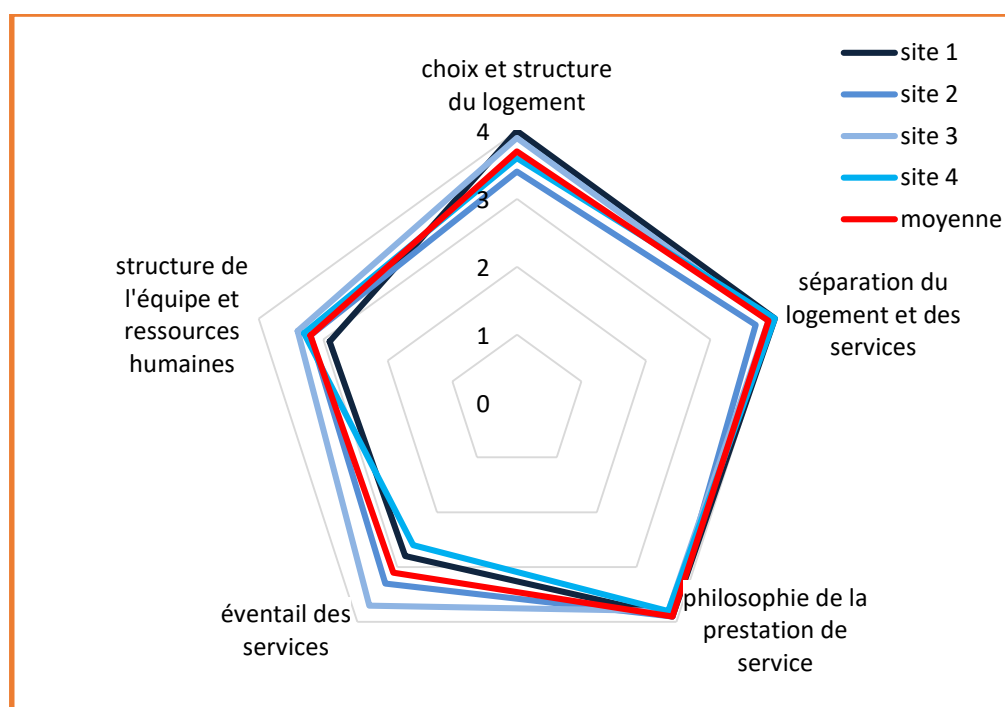


Figure 11: mesure de la fidélité au modèle en 2016

D. Quels sont les principaux enseignements de l'expérimentation ?

C'est une stratégie qui augmente l'éventail des possibles en autorisant les personnes à expérimenter de nouveaux modes de vie (logement, emploi, famille, etc.), tout en la sécurisant.

Le logement parce qu'il couvre les besoins de base (intimité et sécurité) et permet de sortir d'une logique de survie est un préalable nécessaire pour que les personnes s'engagent dans un parcours de rétablissement où elles puissent faire valoir leurs compétences.

L'accompagnement propose un filet de sécurité minimal. Il faut s'appuyer sur l'expérience, les forces et les compétences des personnes qui sont les expertes de leur propre parcours et de leur santé ; pour cela il faut leur faire confiance.

L'inconditionnalité à l'entrée au logement peut et doit s'appliquer. Il n'y a pas de critères prédictifs, permettant d'évaluer a priori la capacité d'une personne à habiter un logement. Il n'est donc pas nécessaire d'établir des étapes préalables, dont la réussite conditionnerait l'attribution d'un logement.

Moyennant un accompagnement qui doit être fortement individualisé :

- Qui fait converger les attentes individuelles et les possibilités de réponses institutionnelles,
- Qui propose une intervention centrée sur le quotidien dans le milieu de vie des personnes en étant attentif à leurs conditions réelles d'existence,
- Qui met en pratique le principe de réversibilité suite à des prises de risques, selon la méthode par « essai/erreur »,

Et des équipes qui doivent :

- Faire preuve de réactivité et de flexibilité et travailler à décroiser les spécialités professionnelles pour adopter une vision pluridisciplinaire,
- Proposer un accompagnement en binôme et travaillent en réseau avec un large éventail de partenaires,
- Viser le changement de regard de la société sur la maladie mentale et porter la notion d'espoir en croyant dans les capacités des personnes à reprendre leur vie en main,
- Intégrer des médiateurs de santé pairs dont la formation reste à développer à l'avenir,
- Donner réellement la possibilité de choix aux personnes pour qu'elles organisent leur accompagnement et sélectionnent les services qu'elles souhaitent utiliser.

Le maintien dans le logement est possible mais nécessite :

- De sécuriser les ressources de la personne sur le long terme
- De donner accès à un logement à loyer modéré
- De permettre le glissement du bail pour que la personne soit autonome si elle le désire
- De prévoir des déménagements/réaménagements si nécessaire sans que cela soit vécu comme un échec
- De lutter contre l'isolement en facilitant les liens avec la famille, les amis, les groupes d'auto-support, le voisinage, etc. Le programme doit faciliter l'apprentissage d'une socialisation ordinaire et non uniquement liée aux aidants professionnels.

E. Quels sont les principaux défis pour le déploiement du dispositif

Quatre grands défis sont à relever : (1) un logement financièrement accessible et (2) répondant au choix du locataire, (3) une sécurisation des ressources de la personne pouvant passer par un accès à l'emploi ou la formation professionnelle qui sont de puissants facteurs de rétablissement et plus globalement (4) la lutte contre la stigmatisation que subissent les personnes souffrant de maladies mentales. Enfin il est important d'agir au plus tôt dans le parcours de vie des personnes afin de pouvoir lutter contre la mortalité évitable.

L'étude de la fidélité au modèle a permis de dégager des facteurs facilitant et au contraire des freins à la mise en œuvre du modèle.

	Facteurs facilitant	Facteurs bloquant
contexte	Le dispositif d'IML L'accès au logement social L'accès à l'emploi et à la formation professionnelle	Le manque de logement financièrement accessible (reste à charge trop élevé et cout des fluides) L'absence de glissement du bail Les contraintes externes imposées (institutions, élus, etc...) L'étendue du territoire (manque de réactivité des équipes) L'absence de soins orientés rétablissement dans le droit commun
organisation	Les valeurs partagées par l'ensemble des parties prenantes La stabilité et la formation des équipes (gain en compétence avec le temps)	L'absence de développement du partenariat
individuel	Recrutement de professionnels convaincus Pluridisciplinarité et MSP	Sentiment d'isolement des locataires

III) Vers un déploiement du dispositif

A. Stratégie et méthodes

Différents rapports et le programme « un chez-soi d'abord » lui-même, ont mis en lumière avec une grande acuité, les besoins réels d'une population située jusque-là dans les interstices de l'action publique. De plus, entre 2011 et 2016, on assiste à une appropriation plus ou moins marquée dans les divers champs concernés, des concepts qui sous-tendent le programme « un chez-soi d'abord » (et qui étaient soit minoritaires dans le paysage sanitaire et social soit inexistants) tel que les soins orientés rétablissement, la réduction des risques et le logement d'abord (cf. rapport qualitatif). Les résultats positifs de l'expérimentation vont alors amener les décideurs politiques à proposer le déploiement du modèle et à poser la question de son inscription dans le corpus juridique et réglementaire. Deux axes de travail vont être coordonnés par la Dihal, tout d'abord relever avec l'ensemble des parties prenantes les éléments qui assurent la fidélité aux valeurs du programme dans le contexte français et ensuite déterminer avec les administrations centrales en charge du dossier le cadre juridique ad hoc.

Ce sera un décret simple et la création d'un nouvel établissement médico-social dans le code de l'action sociale et des familles donnant corps à une nouvelle politique publique destiné à un public échappant jusque-là aux dispositifs classiques.

Le choix d'un déploiement qui maintienne la fidélité au modèle de base se justifie car le programme a montré son efficience en situation expérimentale mais le passage à l'échelle ou « en vraie vie » reste un nouveau challenge et il est important de poursuivre l'évaluation et de vérifier le maintien des résultats et de valider les conditions indispensables à ce maintien.

Il est clair que la dissémination est une autre démarche qui se justifie pleinement et qui consiste à transmettre les enseignements du programme au-delà du dispositif citons par exemple le fait que le programme ait montré « qu'il n'y a pas de critère prédictif à la capacité d'habiter ». Cet enseignement peut-être largement partagé.

L'implantation du programme (...) a suscité un certain nombre de controverses qui opposent différents segments professionnels au sein de chaque domaine d'intervention : **rétablissement versus réhabilitation** pour la psychiatrie, **réduction des risques versus abstinence** pour les addictions, **logement d'abord versus urgence sociale** pour la réinsertion sociale et le logement.

L'intégration du programme est alors un indice de transformation des cadres de référence de chacun de ces champs d'action.

Plusieurs perspectives de déploiement existent :

La pérennisation, sous la forme d'une politique publique non expérimentale passant par le développement d'équipes de type « Un chez-soi d'abord » répondant à un cahier des charges émanant de l'État avec des garanties quant au modèle à prôner.

La dissémination des éléments du modèle (rétablissement, logement d'abord, RdR) dans divers mondes professionnels au travers d'un processus de formation et de sensibilisation. En 2014, plusieurs phénomènes témoignent déjà d'une sensibilité accrue à de nouvelles stratégies d'intervention :

- Partenariats entre bailleurs et secteurs de psychiatrie, en particulier sous l'égide des conseils locaux de santé mentale
- Réseaux dits « santé mentale et logement » de la politique de la ville
- Multiplication de l'auto-support (GEM, réseau français des entendeurs de voix)
- Reformulation de la question de la participation (participation des usagers/familles aux cycles de formation des professionnels du sanitaire, du social et du médico-social)
- Curiosité des professionnels pour des stratégies alternatives de services de soin/médico-sociaux (expérimentation du Working First, reprise de l'orientation rétablissement par des professionnels regroupés au sein du mouvement de réhabilitation psycho-sociale, intérêt des internes de psychiatrie pour le rétablissement)
- Développement de programmes locaux de types Housing First en dehors du cadre expérimental national (Caen, Bordeaux, Ajaccio)
- Dynamique autour du travail pair

Ces initiatives demeurent minoritaires mais ouvrent une voie à la dissémination du modèle Housing First.

Extrait du rapport qualitatif

Enjeux pour l'action publique :

La mise en œuvre d'un tel programme recouvre un triple enjeu. Le premier a trait au développement de l'Evidence based policy, c'est-à-dire à la légitimité, ainsi qu'à la capacité de l'action publique à se baser sur les résultats d'une recherche scientifique.

Le second enjeu réside dans la capacité des politiques publiques à être « intersectionnelles », c'est à dire à prendre en compte les problématiques situées à l'intersection de la précarité et de la santé mentale, et plus généralement à rendre visibles et intégrer les inégalités sociales devant l'expérience de la maladie.

Le troisième concerne la politisation de questions historiquement conçues comme l'affaire de professionnels spécialisés (du sanitaire et du social) au travers d'un double mouvement : d'une part reconnaître et valoriser l'agentivité (capacité à déployer des ressources pour faire face à des situations d'adversité) de personnes considérées comme vulnérables et d'autre part travailler sur les représentations ordinaires stigmatisantes pour permettre l'inclusion sociale.

Extrait : contribution de la DIHAL ONESP / public invisible

B. Le décret du 28 décembre 2016

Le décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord » pérennise le dispositif. Il entre dans la catégorie des services médico-sociaux au sens de l'Art L 312-1- 9^{ème} § du code de l'action sociale et des familles qui « assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical ». ⁶⁴

Le dispositif d'appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord » a pour objet exclusif de permettre à des personnes majeures, durablement sans-abri et atteintes d'une ou de pathologies mentales sévères :

- D'accéder sans délai à un logement en location ou en sous-location et de s'y maintenir
- De développer leur accès aux droits et à des soins efficaces, leur autonomie et leur intégration sociale.

C. En quoi le décret porte les enseignements du programme expérimental ?

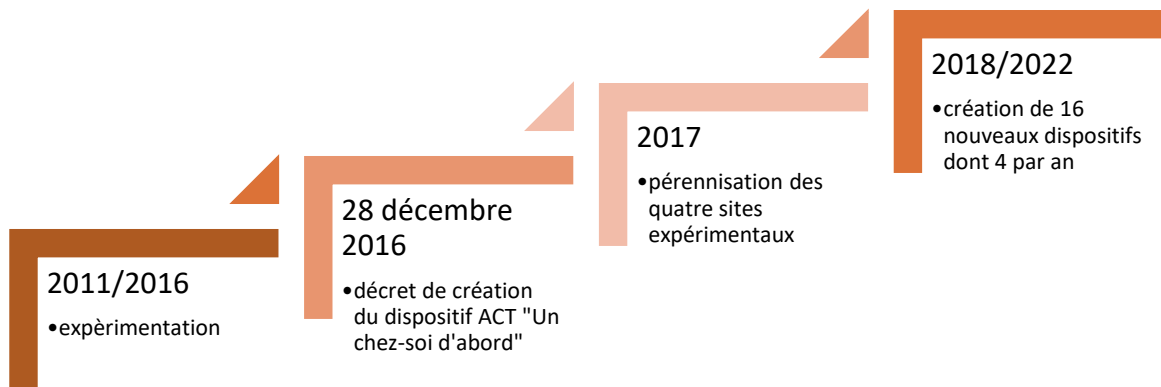
Le décret reprend les enseignements essentiels de la phase expérimentale en particulier :

- L'absence d'obligation de soins ou d'arrêt de consommation des substances psychoactives est inscrite dans le décret

⁶⁴ <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/12/28/2016-1940/jo/texte>

- L'absence de durée à priori d'accompagnement et la possibilité d'aller/retour sur une période de 6 mois tout en maintenant une inscription sur le dispositif ; ceci permet de travailler sur un principe d'essai/erreur
- L'obligation d'embauche au sein des équipes de médiateurs de santé pair ce qui est un point fort des soins orientés rétablissement mais aussi des principes de la réduction des risques et des dommages
- Le décloisonnement et la pluridisciplinarité qui sont portés par deux points :
 - o L'obligation faite aux opérateurs de créer un groupement type GCSMS ce qui nécessite une appropriation commune du modèle et favorise la mise en œuvre d'un dispositif intégré
 - o Le maintien d'un financement double : assurance maladie et Etat ce qui oblige sur les territoires ces différents services à travailler ensemble mais avec une garanti par circulaire d'engagement de l'Etat lorsqu'un dispositif est autorisé par l'ARS.
- Le maintien d'un niveau national de coordination afin de poursuivre l'évaluation et le suivi des indicateurs d'efficacité.

D. Calendrier de déploiement



Les questions clés auxquelles vous pouvez répondre à la fin de ce chapitre :

- Qu'est-ce que l'approche « Housing first » ?
- Quelles sont les preuves de l'efficacité de cette approche ?
- Où et pour quel public a-t-elle été déployée ?
- Comment la France a-t-elle expérimenté le modèle ?
- Quels enseignements tirer de l'expérimentation « un chez-soi d'abord »
- Quel déploiement et quel essaimage en France de ce modèle ?

Partie 2 : Planifier la mise en œuvre d'un dispositif « Un chez-soi d'abord »

Les grandes lignes :

Le dispositif ACT « Un chez-soi d'abord » est un modèle complexe qui s'apparente à une approche intégrée et nécessite un travail de planification en amont de la mise en œuvre par une méthode en mode projet.

Le dispositif doit répondre à un besoin évalué sur un territoire donné ; il s'agit de bien cerner son utilité et sa complémentarité avec le reste de l'offre sociale, médicale et médico-sociale.

En amont de la réponse à l'AAP régional qui sera lancé par l'ARS et des conventions avec la DRDJSCS, les opérateurs sont amenés à créer un groupement de coopération sanitaire et médico-sociale et à développer un réseau de partenariat le plus large possible.

I) Pourquoi faut-il planifier la mise en œuvre du dispositif ?

A. Un modèle complexe

Le déploiement du dispositif ACT « Un chez-soi d'abord » consiste en la mise en œuvre la plus fidèle possible du modèle expérimenté tout en tenant compte des spécificités du territoire. Un cahier des charges national construit à partir des enseignements de la phase expérimentale apporte un cadrage précis sur lequel les agences régionales de santé (ARS) vont s'appuyer pour écrire l'appel à projet régional (AAP).

Vous trouverez le cahier des charges :

[documents pour le guide\chapitre II\cahier des charges national dispositif ACT Un chez-soi d'abord.pdf](#)

Il s'agit donc bien là d'un « modèle » c'est-à-dire d'un cadre qu'il est proposé aux futurs opérateurs de suivre. Cela peut apparaître comme une contrainte mais le modèle étant assez complexe, ce cadre est un guide efficace.

La complexité du modèle tient à deux défis, d'une part faire travailler ensemble de nombreux partenaires de champs différents (santé, logement, social, ...) à toutes les étapes du programme y compris au moment de la conception et d'autre part s'appuyer sur des concepts théoriques relativement minoritaires dans le paysage sanitaire et social français.

De plus, ce cadrage et les évaluations qui seront proposées permettent d'aller au bout de la démarche d'une « politique basée sur les preuves » engagée dans le cadre expérimental, de mesurer l'effectivité du modèle en vie réelle et de repérer les conditions de sa réussite confrontée aux réalités territoriales diverses. C'est un défi qui nécessitera un engagement fort des acteurs et donc une feuille de route claire et collectivement validée d'où la nécessité de travailler en mode projet et de commencer par une planification rigoureuse.

B. Une approche intégrée

La stratégie proposée peut s'apparenter à celle d'une approche intégrée visant à une meilleure lisibilité et cohérence de l'offre sur le territoire pour une population présentant des besoins complexes et échappant jusqu'alors à l'offre classique. « *Il va au-delà du principe de coordination qui souvent demeure restreinte à la bonne volonté d'acteurs et (qui) est contractualisée le temps que dure les ententes* ». L'approche intégrée est plus directive (ici basée sur un modèle et un cahier des charges national) « en raison de son intention de systématisation et de sa velléité de transformation du rapport entre offres de service/besoins de service et droits d'accès aux services », et de la proposition d'outils plus standardisés et communs, donc à vocation intégratrice⁶⁵.

Dans le cadre de l'approche intégrée, on note que trois niveaux d'intégration sont à l'œuvre : un niveau vertical ou processus top-down et bottom-up lors de la phase d'implantation, un niveau horizontal qui est particulièrement mobilisé dans le cadre de l'organisation de la coresponsabilité entre les opérateurs avec la création du groupement et un niveau transversal, celui du territoire qui sera mobilisé comme système d'action local dans la dynamique de mise en œuvre. Ces trois niveaux sont intriqués et doivent être pris en compte lors de phase de planification.

II) Les étapes de la planification



Figure 12: Etape de la planification



Cette étape peut prendre entre 1 à 2 ans ; elle nécessite un fort investissement des acteurs et la maîtrise de la méthode managériale en mode « gestion de projet ».

⁶⁵ Évaluation des dispositifs MAIA et appui à la mise en œuvre des recommandations. Rapport final d'évaluation, CNSA, Janvier 2017

A. S'informer sur le modèle

La démarche sur le territoire peut partir d'un acteur particulièrement intéressé, d'un groupe d'acteurs travaillant déjà ensemble sur d'autres projets, d'institutions, de l'agence régionale de santé ou des services de l'Etat. Quoiqu'il en soit il est nécessaire en amont de bien clarifier ce qu'est et n'est pas un ACT « Un chez-soi d'abord » et la première partie de ce document a cet objectif.

Une des remarques souvent entendue lors de la phase d'expérimentation était « on le fait déjà, ... ». Certes, de nombreux projets donnent déjà la priorité au logement et ont souhaité ne plus imposer aux personnes les étapes du modèle en escalier. Le dispositif ACT « Un chez-soi d'abord » est pourtant très spécifique plusieurs titres que sont : le public ciblé, l'approche et les méthodes d'accompagnement. De plus il s'appuie sur les huit principes explicités dans le chapitre : [Quels sont les principes directeurs retenus en Europe?](#) Ces principes sont essentiels à connaître et à s'approprier pour la mise en œuvre du dispositif.

Les principes du dispositif ACT « Un Chez-soi d'abord »

Principe n°1 : Le logement est un droit fondamental

Principe n°2 : L'accès rapide à un logement ordinaire de son choix diffus dans la cité - sans conditions préalables de traitement ou d'abstinence aux substances psychoactives

Principe n°3 : Le choix de l'agenda et de la temporalité des services d'accompagnement

Principe n°4 : L'accompagnement autant que de besoin

Principe n°5 : La séparation des services de logement et de traitement

Principe n°6 : Des services de soutien individualisé orientés « Rétablissement »

Principe n°7 : Une approche de réduction des risques et des dommages (RDR)

Principe n°8 : Un accompagnement intensif

B. Faire un état des lieux des besoins sur le territoire

Le dispositif vise les personnes à la rue présentant une maladie psychiatrique sévère et des besoins élevés. Il est calibré pour 100 personnes. Il s'agit donc avant de décider de se lancer dans la démarche et faire un état des lieux des besoins non couverts en logement et accompagnement pour ce public.

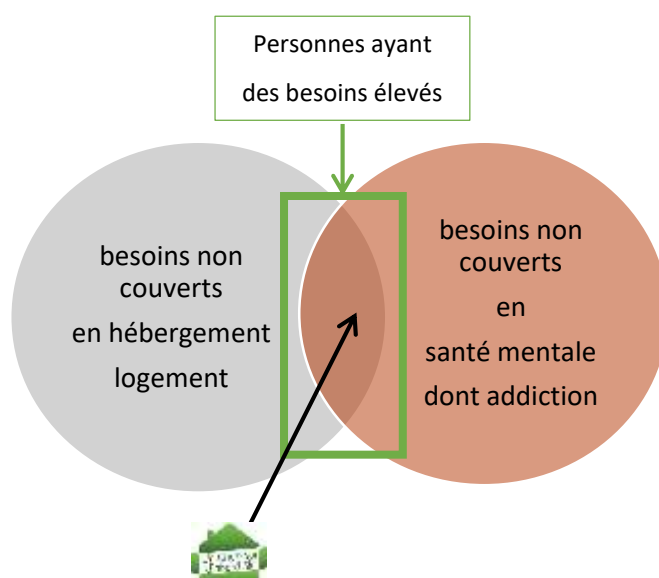
Attention, le dispositif n'est pas une solution pour la sortie d'hospitalisation de patients dits « chroniques » (hospitalisés en secteur psychiatrique depuis plusieurs mois ou années), engagés dans des démarches de soin et/ou relevant d'hébergement pour personnes handicapées. Il ne répondra pas à tous les besoins sur le territoire mais cible les personnes les plus « lourdes » à la rue et à qui il propose un accès directement dans le logement.

Pourquoi cibler ce public ? L'expérimentation a montré que sans une aide spécifique et intensive, ces personnes ne pourraient que rarement aller vers le logement et que de plus ils étaient

dans des situations sanitaires catastrophiques. 10% de la file active suivie par les équipes des 4 sites expérimentaux est décédé entre 2011 et 2016. La plupart n'avait que peu accès aux soins à l'entrée dans le dispositif alors que 100% avait une maladie mentale sévère 50% une pathologie somatique chronique associée et 80% des addictions. In fine, ils vont décéder 30 à 35 plus tôt que la population générale (âge médian de décès sur le programme : 40 ans). Il s'agit donc d'accompagner en priorité le public le plus vulnérable ; c'est ce qui justifie pleinement le déploiement du dispositif.

Sans être bien sûr exhaustif, voici un certain nombre de questions qui peuvent vous aider dans le diagnostic à mener :

- A combien est estimé le nombre de personnes sans-abri sur le territoire et quels sont les caractéristiques principales de ce groupe de population ; en particulier sur le plan de leur état de santé dont santé mentale et des conduites addictives et de leur accès aux droits et aux soins ?
- Est-ce que ces personnes sont connues des services de la veille sociale ?
- Quel est l'offre d'hébergement et de logement accompagné sur le territoire ?
- Y a-t-il un dispositif de « logement d'abord » pour le public sans-abri ?
- Quelle est l'offre de service de soins en psychiatrie et en addictologie sur le territoire ?
- Y a-t-il des services spécifiques pour l'accès aux soins des personnes sans-abri ou en situation de précarité : une PASS ? une PASS mobile, une PASS Psy, une EMPP ou des services de maraudes avec des acteurs de santé ?
- Est-on dans un secteur tendu sur l'offre de logement ? quel est le turn-over du parc public ?
- Comment est organisé le partenariat santé/social : y a-t-il un réseau santé précarité, un conseil local de santé mentale, des ateliers santé ville ?



C. Focus sur le public qui a bénéficié de l'expérimentation

L'ensemble des données recueillies à l'entrée dans l'étude pour les 703 personnes intégrées ont fait l'objet d'une analyse descriptive dans le cadre d'une thèse⁶⁶ soutenue en octobre 2017 par le Dr Dambricourt sous la direction du Dr Tinland. Un certain nombre de points sont importants à détailler dans ce guide car ils montrent la vulnérabilité de la population accompagnée et la précocité des troubles ; il est donc important d'agir le plus en amont possible dès les premiers signes pour éviter l'aggravation des situations. Il s'agit de personnes : victimes de violences, isolées, en carence des besoins essentiels simple à assouvir : repas, sommeil, lunettes..., utilisant peu les offres des structures médico-sociales mises en place, nécessitant une aide pour gérer l'argent : dépenses, dettes, nécessitant une prise en charge médicale globale

Ils sont 25% à avoir connu la rue avant 18 ans. L'âge médian de ce premier épisode de rue est de 21,5 ans (ainsi la moitié des personnes a connu la rue avant 22 ans). A l'entrée, ils avaient durant les 6 derniers mois été essentiellement sans domicile voir pour 1/3 d'entre eux sans-abri.

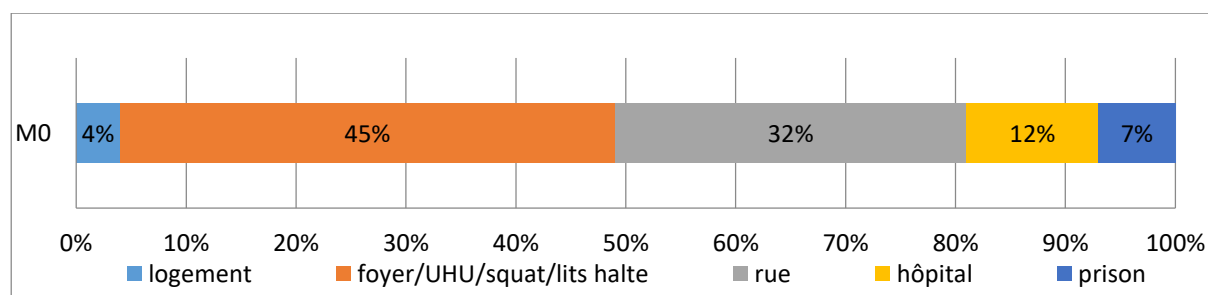


Figure 13: répartition des nuits dans les 6 mois avant l'entrée

Ils ont été victimes de violences très importantes. Ceci est à mettre en parallèle avec les situations de stigmatisation qu'ils subissent au quotidien.

⁶⁶ Dambricourt J. Analyse descriptive des données recueillies auprès de 703 personnes sans-abri, présentant une schizophrénie ou des troubles bipolaires, à leur inclusion dans l'essai randomisé multisite « un chez soi d'abord ». Lyon : Thèse Médecine ; 2017 <http://n2t.net/ark:/47881/m6g73cm7>.

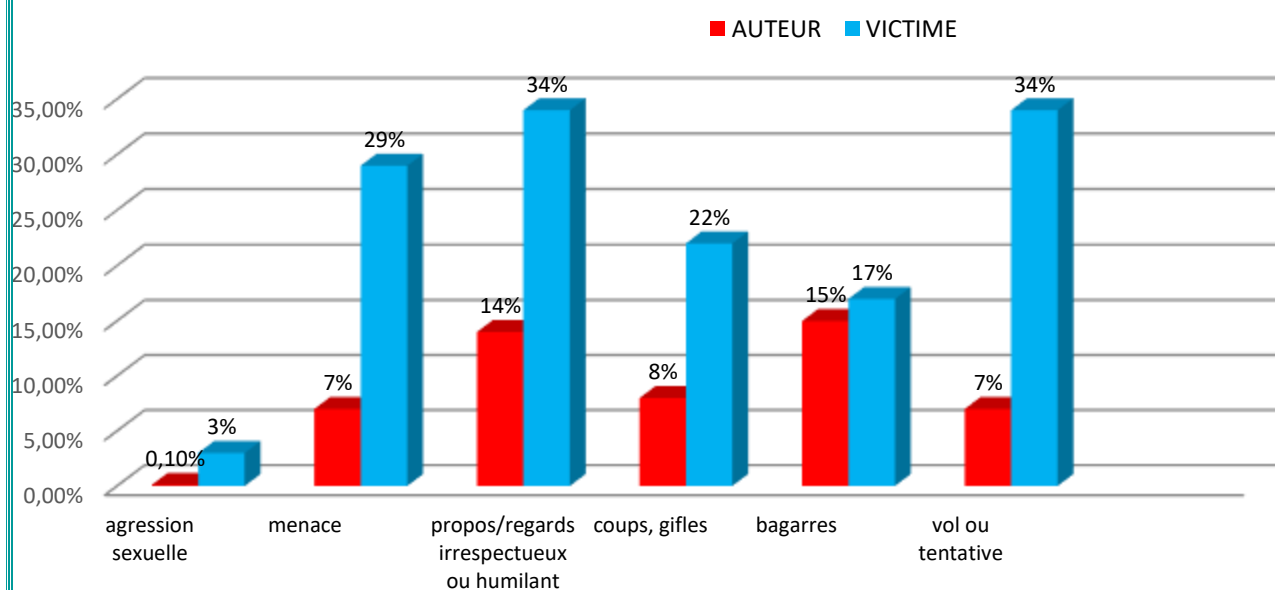


Figure 14: violences subies et agies

La majorité des personnes ne consomment pas ou très peu de services d'aide ; en particulier ils font au mieux un repas par jour. Durant les périodes de temps passés sans-abri 61% d'entre eux prennent entre 0 et 1 repas par jour. On note aussi que 74% prenaient au moins 3 douches par semaine et 45% prennent une douche tous les jours.

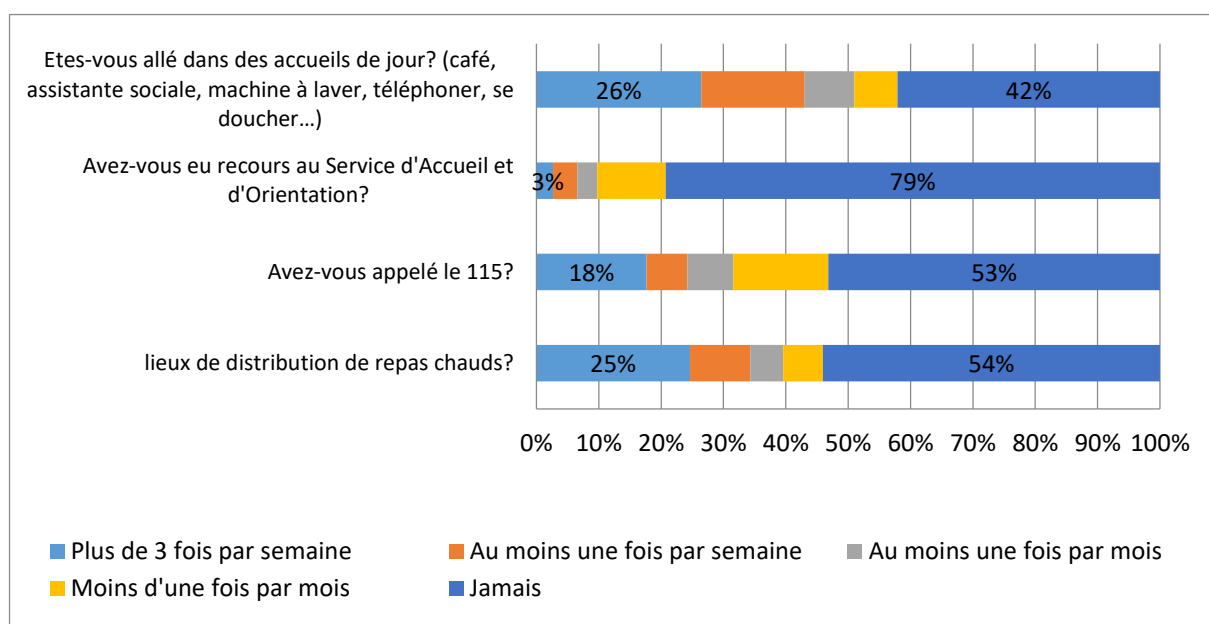


Figure 15: fréquentation des services à l'entrée

Ils sont majoritairement isolés et ont peu de personnes parmi les proches à qui ils peuvent demander de l'aide soit psychologique soit financière soit matérielle. Sur le plan psychologique ce sont finalement les professionnels de qui ils reçoivent le plus de soutien.

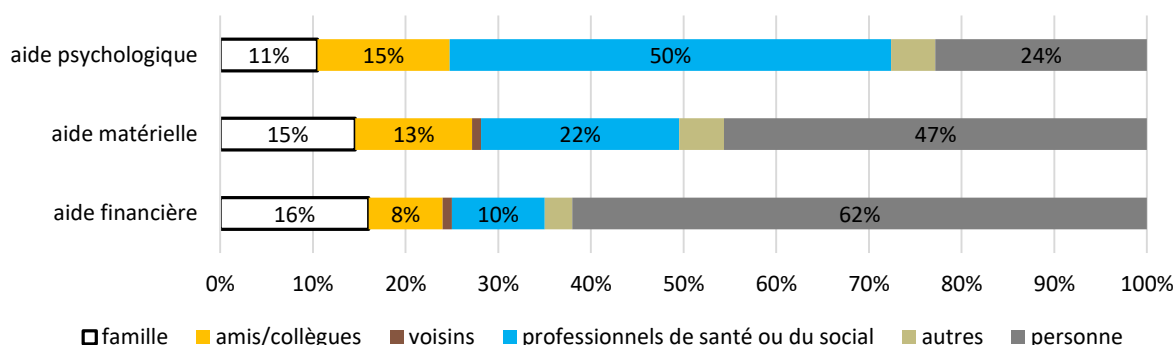


Figure 16: possibilité de demander une aide à l'entrée

Concernant leur situation financière, ils déclarent en moyenne un revenu de 645 euros (ils sont donc à 95% sous le seuil de pauvreté estimé à 60% de la médiane des niveaux de vie). Leurs revenus sont pour 48% d'entre eux l'AAH et pour 30% le RSA. Ils ont donc pour moitié une reconnaissance de leur handicap mais ne bénéficient pas des dispositifs d'accueil et de logement qui pourraient leur être proposés. Enfin seuls 39 personnes ont déclaré une activité professionnelle sur les 6 derniers mois mais 86% ont déjà eu un emploi déclaré et rémunéré.

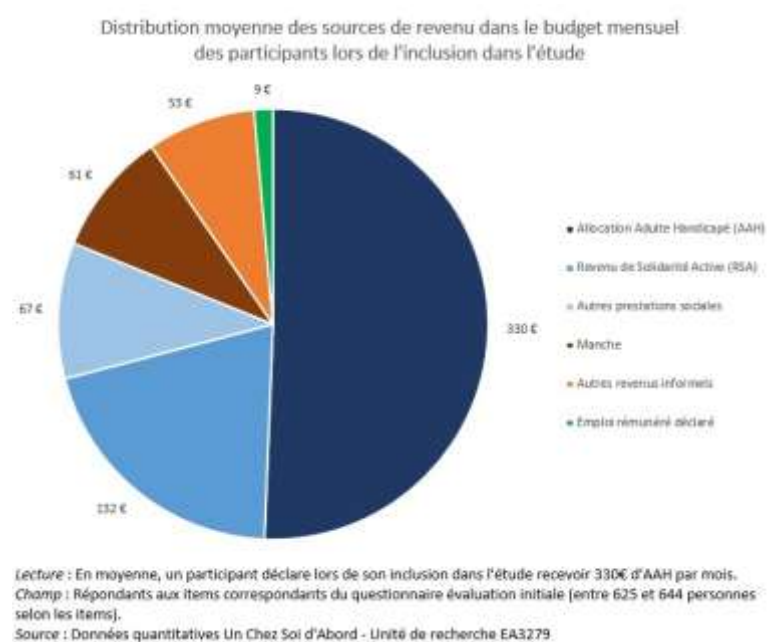


Figure 17: source de revenu à l'entrée

Un point majeur et qui explique en partie aussi le fait que les personnes n'accèdent pas ou plus au logement est la hauteur de leurs dettes. En effet la moitié d'entre eux ont des dettes dont le montant est élevé : médiane à 1850 euros et pour ¼ d'entre eux les dettes sont supérieures à 5925 euros. La principale dette porte sur les transports (publics ou SNCF), mais il y a aussi des dettes concernant les hospitalisations ; globalement le fait d'être logé et d'avoir une adresse va faire que les créanciers vont retrouver la personne et elle aura à faire face à cette difficulté ; c'est un point important du travail des équipes.

Concernant leurs dépenses, c'est en tout premier lieu le tabac qui occupe le poste de dépense le plus fréquent pour plus de la moitié des personnes

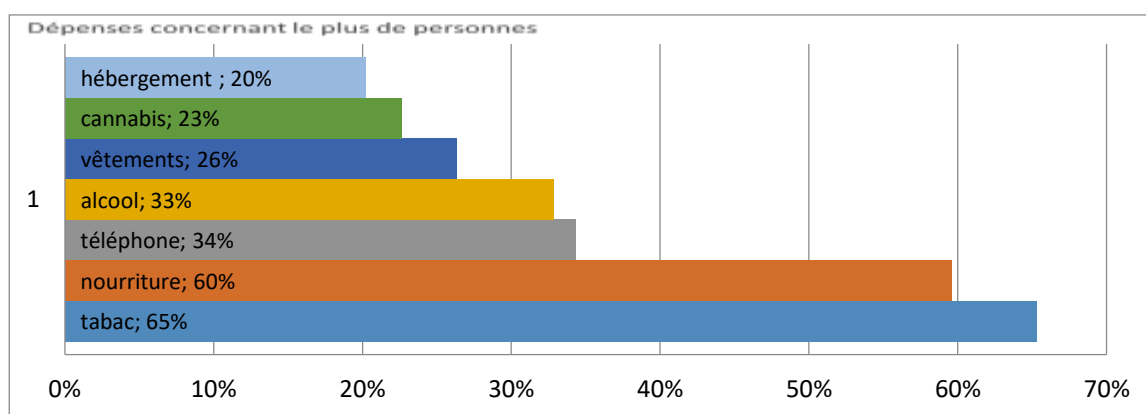


Figure 18: répartition des dépenses

Concernant le recours aux soins, 92% des personnes ont eu des contacts avec la psychiatrie et 85% avait été hospitalisée. A noter que 58% de la population avait déjà été hospitalisée sous contrainte au cours de leur vie. 13% de la population avait fait une ou plusieurs tentatives de suicide au cours des 6 derniers mois. 39 % d'entre eux déclaraient n'avoir pu en parler à personne.

85% de la population avait pris des médicaments au cours des 6 derniers mois (1,5 en moyenne par personne) mais l'essentiel des traitements sont du registre de la psychiatrie alors que les personnes ont aussi des troubles somatiques importants.

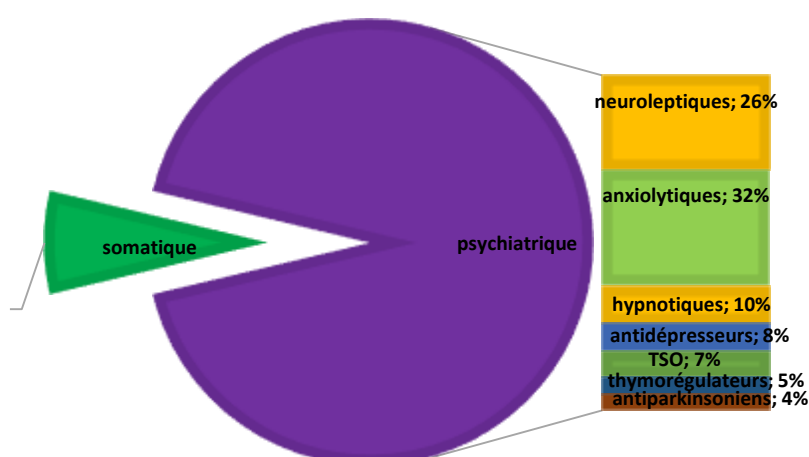


Figure 19: médicaments pris dans les 6 mois avant l'entrée

61% des personnes avaient été hospitalisés dans les 6 derniers mois (dont 80% des séjours se font en psychiatrie), 93% de la population déclarait avoir eu une consultation avec un médecin ou un professionnel paramédical au cours des 6 derniers mois. 71% de la population avait rencontré un psychiatre au moins une fois au cours des 6 derniers mois et 65% de la population avait rencontré un médecin généraliste au moins une fois au cours des 6 derniers mois.

D. Choisir de développer un ACT « Un chez-soi d'abord »

La mise en œuvre d'un dispositif ACT « Un chez-soi d'abord » peut s'envisager si plus de 100 personnes rentrent dans les critères.

Pourquoi cette borne de 100 personnes. L'équipe travaille selon un modèle de suivi intensif et elle a deux contraintes qui déterminent le nombre de professionnels, d'une part assurer une astreinte H24 et 7/7 jours et d'autre part être pluridisciplinaire ; cela demande au moins une équipe de 12 ETP ; pour que le modèle économique reste acceptable (au regard de l'offre existante par ailleurs sur les dispositifs médico-sociaux) l'équipe doit accompagner 100 personnes.

Une réflexion est en cours dans le cadre d'un groupe de travail ad hoc pour adapter le modèle pour des territoires plus petits. Plusieurs axes devront être envisagés : opérationnel, partenariat et coopération, économique. Ce groupe de travail doit rendre ses propositions en 2019. D'ores et déjà, certains territoires mènent des expérimentations sur des modèles plus réduits en terme de file active.

L'autre élément à prendre en compte pour se lancer dans la démarche est d'avoir au moins autour de la table de concertation les partenaires essentiels à la création du groupement et ceux qui devront être en convention avec le groupement. Charge aux premiers opérateurs qui s'engagent dans la démarche de convaincre les autres partenaires. Il est recommandé d'initier dès le départ un partenariat le plus large possible afin de faire connaître largement les principes du dispositif. Ce travail sera très utile à l'équipe qui devra travailler en lien étroit avec les services de droit commun par la suite.

E. Réseau et appropriation du modèle

1. Développer un large réseau de partenaires sur le territoire

Sans vouloir faire une liste exhaustive, nous conseillons que les partenaires soient issus des champs suivants :

- Volet santé dont santé mentale et addiction et dispositif de soins aux personnes en situation de précarité
- Volet hébergement, logement accompagné et logement dont bailleurs sociaux
- Volet de l'accompagnement social

- Usagers de la santé mentale
- Usagers des services de l'hébergement
- Etc...

Pensez à réunir les acteurs associatifs mais aussi les collectivités territoriales et les institutions.



Le système de soins en santé mentale est organisé en secteurs qui couvrent des aires géographiques ; il est important si plusieurs établissements de santé mentale sont présents sur le territoire où seront logés les locataires du dispositif qu'ils soient tous informés et si possible soit membres soit en convention avec le groupement

A titre d'exemple nous présentons ici plusieurs méthodes utilisées lors de l'expérimentation ou par la suite par les territoires pour mobiliser les partenaires autour du dispositif. Elles peuvent être complémentaires.

- Réunions organisées par les services de l'état et les ARS avec les principales parties prenantes où est expliqué le programme par la Dihal et sont repérés les opérateurs éventuels ; ce type de réunion inaugurale est l'occasion pour les services de l'état et les ARS de demander aux opérateurs potentiel de leur adresser une lettre d'intention quant à leur intérêt pour participer au futur groupement.
- Financement par l'ARS ou un service de l'Etat d'un chargé de mission sur quelques mois pour lancer la démarche : sensibilisation, groupe de travail, réunion d'information.
- Travail de recherche qualitatif sur le territoire qui permet de repérer le niveau d'information et de représentation du « logement d'abord », les principaux freins à son déploiement mais aussi les opportunités. A titre d'exemple retrouvez le mémoire d'Amandine Albisson, ORSMIP 2010 : [documents pour le guide\chapitre II\un chez soi d'abord tlse memoire.pdf](#)
- Lancement de la démarche par une fédération d'acteurs qui sollicitent l'ARS ou les services de l'état mais aussi par un groupe d'acteurs travaillant déjà en lien sur ces questions ou par une collectivité territoriale.



Prenez le temps d'informer les maires des communes où seront logés les futurs locataires ; cela peut-être la ville centre mais aussi les villes périphériques ou plus largement la métropole.

2. Viser l'appropriation du modèle par l'ensemble des partenaires

Les réunions et groupes de travail auront bien évidemment cet objectif. Pour cela les futurs opérateurs du groupement devront s'approprier eux-mêmes en amont les principes du dispositif et utiliser des messages clairs. Un certain nombre d'outils sont disponibles sur le site de la Dihal⁶⁷, en

⁶⁷ <http://www.gouvernement.fr/publications-documents-de-la-dihal>

particulier : la plaquette⁶⁸ « retour sur 6 années d'expérimentation » et les vidéo⁶⁹ témoignages des locataires du programme expérimental, le résumé du rapport qualitatif, un PowerPoint général de présentation et la vidéo de présentation du PPT général.

Comme tout nouveau dispositif, chaque groupe d'acteur va dans un premier temps y rechercher des réponses à ses besoins propres (solution de sortie de CHRS, d'hospitalisation, etc...) mais aussi interprétera les principes selon ses pratiques ; le point le plus délicat à travailler est d'avoir une vision commune de ce qu'est le rétablissement en santé mentale ou le libre choix de la personne. Associer des usagers des services de santé mentale ou des personnes accueillies (CRPA) aux réunions des professionnels est un levier très efficace pour arriver à cet objectif.

Nous vous recommandons :

- D'avoir dans les réunions un panel diversifié d'acteurs et d'associer des acteurs de terrain, des directions, des décideurs publics et des usagers et/ou des travailleurs pairs du champ de la santé mentale,
- De rapidement avoir une préfiguration des opérateurs principaux qui s'engagent dans la constitution du groupement,
- De prendre le temps de vous approprier le dispositif et les différents concepts qui le sous-tendent en allant si nécessaire faire des visites d'immersion sur les sites pilotes,
- D'informer largement car ce sera le moyen de repérer les futurs professionnels qui seraient intéressés à venir travailler dans l'équipe ACT « un chez-soi d'abord »,
- D'associer dans les réunions d'information les services de justice et police et de l'accès à l'emploi,
- De sensibiliser sur le processus d'intégration des futurs usagers dans le dispositif et de repérer les structures qui souhaitent s'y impliquer pour les former aux outils proposés,
- Et surtout de ne pas créer un dispositif « hors sol » mais de s'appuyer sur les dynamiques existantes.

F. Créer un GCSMS

En général, les opérateurs qui ont initié la démarche sont ceux qui vont s'engager dans le processus de création du groupement. Cette démarche peut se faire en parallèle des réunions d'information et de sensibilisation. Il est indispensable que les opérateurs aient eu l'aval de l'ARS et des services de l'Etat avant de s'engager dans la démarche de constitution du groupement.

Envoyer une lettre d'intention aux services de l'ARS et de l'Etat permet de signifier l'intention des opérateurs et de préciser le périmètre du territoire ; ainsi l'ARS pourra au plus tôt et si elle juge le

⁶⁸ <http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2017/04/ucsa.pdf>

⁶⁹ <https://www.youtube.com/watch?v=TnJDsrO-2S8>

besoin pertinent, inscrire le dispositif ACT « Un chez-soi d'abord » dans le cadre des dialogues de gestion avec les administrations centrales.

Pourquoi un groupement ? Cette question est régulièrement posée par les futurs opérateurs qui voient le groupement comme une contrainte et surtout un élément de complexité supplémentaire lors du démarrage du dispositif. La notion de pluridisciplinarité est essentielle et elle doit être présente à tous les niveaux : national régional et local ;

- Ainsi au niveau national, le dispositif est piloté par la Dihal en lien avec l'ensemble des administrations centrales concernées ; c'est ce qui a permis tout au long de la phase pilote d'impliquer l'ensemble des ministères et de les « co-responsabiliser » pour inscrire cette question à l'agenda politique,
- Au niveau régional, le dispositif est « cofinancé » par l'ARS et la DRJSCS de façon paritaire et donc ils seront impliqués de façon coordonnée sur le suivi du dispositif
- Au niveau local, le groupement amène les opérateurs à « co-construire » la réponse à l'appel à projet et donc à ce que chaque acteur fasse un pas de côté par rapport à sa propre pratique et que l'appropriation des concepts portant le dispositif se fasse collectivement.

Le public visé par le dispositif est un public considéré comme « à risque » et pour lequel il est souvent proposé une répartition de la charge au sein d'un territoire ; c'est le cas dans le cadre des politiques de peuplement mais aussi dans le cadre de la sectorisation en santé mentale. Hors le dispositif en proposant un accès direct dans le logement selon les critères de choix de la personne s'inscrit en contre ce type d'organisation. Mais si le dispositif propose une inconditionnalité dans l'entrée dans le logement, cela n'est possible qu'en proposant par ailleurs une coresponsabilité de l'ensemble des acteurs des risques pris au maintien dans le logement. C'est à ce point particulier que le groupement souhaite aussi répondre.

La création de groupement type GCSMS est encadré par le Décret⁷⁰ n° 2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale, pris pour l'application de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles

⁷⁰ <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2006/4/6/SANA0620686D/jo/texte>

(...) le GCSMS est (...) un outil qui offre de nombreuses possibilités. Outre la mutualisation de moyens (locaux, véhicules, personnel, ...), la mise en commun de services (juridiques, comptables, ...) ou d'équipements (restauration, ...), il permet des interventions communes de professionnels ou encore l'exercice direct de missions et prestations habituellement exercées par un établissement ou service du secteur social et médico-social.

Extrait : fiche pratique UNIOPS mai 2009

L'instruction ministérielle N°DGAS/5D/2007/309 du 03 août 2007⁷¹ destiné aux Préfets, présente dans son annexe 6 un modèle de convention constitutive pour les GCSMS.

1. Le GCSMS « Un chez-soi d'abord »

Le décret de création du dispositif ACT « Un chez-soi d'abord » cadre précisément les acteurs qui doivent être membres du groupement :

« Le groupement doit comprendre au moins un organisme, défini par l'article D. 312-155-0-1, tel que :

- *Un établissement de santé assurant des soins psychiatriques, disposant notamment d'une équipe mobile de psychiatrie à destination des personnes en situation de précarité ;*
- *Une personne morale agréée, d'une part, au titre des activités d'ingénierie sociale, financière et technique mentionnées au b) et au d) du 2° de l'article R. 365-1 du code de la construction et de l'habitat et, d'autre part, au titre des activités de location en vue de la sous-location prévues au a) du 3° du même article, ou une personne morale dispensée de ces agréments ;*
- *Un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ou un établissement de santé assurant une prise en charge en addictologie.*

Le GCSMS devra conclure une convention avec les organismes suivants, à moins que ceux-ci figurent parmi ses membres :

- *Un établissement de santé assurant des soins somatiques et disposant d'une permanence d'accès aux soins de santé ;*
- *Un organisme dont l'un des objets est la lutte contre les exclusions, l'insertion ou le logement des personnes défavorisées ;*
- *Un organisme représentant des usagers en santé mentale ;*
- *Un organisme représentant des personnes dépourvues de logement. »*

Le cahier des charges précise dans son chapitre « [8-2-3 Gouvernance par le gestionnaire](#) » qu'il est nécessaire de « proposer une participation équilibrée de l'ensemble de ses membres » afin de

⁷¹ http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/im_dgas-5d-2007-309_du_03-08-07_gcsms.pdf

maintenir la pluridisciplinarité y compris au niveau politique. De plus il est recommandé que le groupement soit constitué d'au moins trois membres (même si un des opérateurs peut répondre à plusieurs fonctions). Vous trouverez les principales recommandations issues de la phase expérimentale dans [documents pour le guide\chapitre II\Réunion de travail des opérateurs concernant la création du GCSMS.pdf](#) et dans le cahier des charges l'ensemble des obligations auxquelles le GCSMS sera soumis concernant la gouvernance du dispositif :



Le GCSMS n'a d'intérêt que s'il permet aux opérateurs de partager la gestion financière, des ressources humaines et opérationnelle du dispositif ; il est fortement recommandé que chaque opérateur s'engage dans l'embauche des futurs salariés (mise à disposition par exemple) ; le groupement peut être employeur et c'est ce qui est souhaitable à terme même si sur la ou les premières années, le choix des mises à disposition soit préféré pour ne pas alourdir la procédure de création. Qu'un seul opérateur porte tous les salariés est fortement déconseillé car cela pose l'intérêt même de la création d'un groupement et non d'un modèle de conventionnement plus simple.

2. Les documents nécessaires à la constitution du groupement.

Deux documents sont nécessaires, d'une part la convention constitutive et d'autre part le règlement intérieur du groupement dont vous trouverez des exemples en annexe du présent guide. La convention constitutive doit être adressée à l'ARS qui va instruire le dossier et le transmettra au Préfet qui autorisera le groupement ; ou au Préfet directement suivant les territoires (à valider avec chaque ARS).

Le règlement intérieur est un document interne au groupement qui va fixer son organisation et ses modalités de fonctionnement ; lors de la première assemblée générale, le règlement intérieur sera approuvé et l'administrateur (bénévole) élu.

Le groupement devra conventionner avec des acteurs figurant dans le décret et cités dans le paragraphe précédent et en particulier des représentants des personnes accompagnées et des usagers en santé mentale. Nous recommandons de les associer le plus tôt possible à la démarche car leur rôle est essentiel pour accompagner le changement de pratique autour d'une vision résolument tournée vers les forces et les compétences des personnes et les démarches d'empowerment.

3. La charte

Afin de bien être en phase avec les principes du dispositif, une charte a été rédigée par les parties prenantes de la phase expérimentale. L'ensemble des membres des groupements s'engagent à la respecter. Vous trouverez la charte : [documents pour le guide\chapitre II\Charte groupement ACT unchezsoi.pdf](#)

4. Calendrier type

Afin de vous aider dans la mise en œuvre de cette phase de planification nous vous proposons à titre d'exemple un calendrier

	Opérateurs	ARS	DDCS	Préfet	Groupement
Année n	Réunions d'échange Appropriation du modèle Préfiguration du futur groupement	Dialogues de gestion ARS / DGCS: remontée du besoin régional en année n			
Année n+1 : premier semestre	Dépôt de la convention finalisé auprès de l'ARS et du Préfet	Accompagnement des opérateurs tout au long de la procédure			
Année n+1 : premier semestre	Règlement intérieur (RI) du groupement	Avis sur la convention constitutive			
Année n+1 : Juin / aout (deux mois maximum pour la réponse du Préfet)		Inscription de l'AAP dans la liste des AAP en janvier de l'année de lancement du dispositif		Approbation de la convention constitutive qui porte création du groupement	Vote du règlement intérieur au cours de la première AG du groupement
Année n+1 : Juin		Lancement de l'AAP régional (dès réception de la circulaire de financement sur l'ONDAM médico-social)	Instruction de la demande d'agrément pour 100 (en pratique 50 sur chacune des années de montée en charge) mesures IML		Dépôt du dossier de demande d'autorisation auprès de l'ARS Et d'agrément pour 100 mesures IML (en pratique 50 sur chacune des année de montée en charge) auprès de la DRJSCS
Fin année n+1 octobre		Examen de la demande d'autorisation			
		Proposition d'un travail conjoint ARS et services de l'Etat			
	Autorisation Visite de conformité	Versement de la subvention			

Figure 20: calendrier type

5. Pré-projet d'établissement, tableau des effectifs et budget prévisionnel

Lors de la constitution du groupement, les opérateurs vont devoir définir au regard du cahier des charges national un pré-projet d'établissement, un tableau des effectifs et la répartition des personnels par métier ; ils devront par ailleurs choisir entre des embauches directes par le groupement et des mises à disposition. Enfin ils devront proposer un budget prévisionnel. Ces éléments seront demandés par l'ARS dans le cadre de la procédure d'AAP régional.

Vous trouverez en annexe des exemples de projet d'établissement des sites expérimentaux.

6. Comment choisir le personnel ?

La motivation et l'engagement sont des critères essentiels pour travailler dans les équipes « un chez-soi d'abord » ; il faut donc une bonne connaissance du modèle et des pratiques professionnelles. Nous vous conseillons d'organiser des sessions de formation/sensibilisation de façon régulière afin de repérer les personnels les plus intéressés à se lancer dans cette aventure. Au-delà des fiches de postes que vous trouverez en annexe, un certain nombre de critères pouvant faciliter le choix des personnels ont été mis en avant dans le rapport qualitatif. Il s'agit au-delà des compétences métiers, de repérer des savoirs-être et en particulier s'agissant d'une équipe qui devra travailler selon un mode de management horizontal, il est important de repérer des personnes ayant un leadership important et pouvant motiver leurs collègues face aux épreuves à venir ; l'intégration des valeurs du rétablissement et de la réduction des risques est essentielle.



Nous insistons sur ce point car la stabilité de l'équipe et la réduction du turn-over est un point important ; l'investissement dans la formation initiale et continue du personnel est nécessaire et la notion de confiance entre les membres du personnel est un point clé pour faire face aux situations de crise et aux situations limites que devront affronter les professionnels au domicile des locataires. Le travail se fait essentiellement hors du bureau et en binôme donc « hors cadre » institutionnel classique. Le choix des professionnels est donc une étape qui va nécessiter du temps et une bonne appropriation par les cadres associatifs ou institutionnels des valeurs du dispositif.

... **(le programme) a recruté des personnes en décalage par rapport à la centralité institutionnelle**, témoignant de leurs engagements antérieurs dans des processus de changement du fonctionnement et positionnement des institutions.

Elles ont pour la plupart des trajectoires hors du commun : reconversion professionnelle, parcours de pairs...

Les **idéaux de référence** sont ceux d'**horizontalité** (entre professionnels mais aussi dans le rapport entre les membres de l'équipe dédiée et les personnes logées), d'**innovation** et de **créativité dans le travail**.

■ Les professions représentées sont plutôt similaires d'un site à l'autre : psychiatres, médecins généralistes (pour la plupart orientés addictologie), éducateurs spécialisés, moniteurs-éducateurs, psychologues, infirmiers, médiateurs de santé pairs (que nous évoquerons en détail plus loin).

Les résultats de recherche-évaluation permettent de constater que **le modèle de pluri professionnalité entraîne une adhésion très large au sein des équipes**, les professionnels ne se sacrifiant pas à une déontologie pré formatée par le groupe de référence de métier.

Les idéaux d'intervention sont ceux de la valorisation du relationnel (avec les personnes logées et entre membres de l'équipe) et de la revendication d'un éloignement de la technicité. **« Tout le monde fait tout »** (installation des personnes dans leur logement, entretien du logement, accompagnement médico-social...) lorsque le nombre de personnes du bras UCSA reste peu important au début du programme.

■ Poser le principe de l'inconditionnalité d'accès au logement et travailler dans le sens du rétablissement en tablant sur les aspirations propres des personnes bouscule les pratiques de la réinsertion sociale, avec des parcours habituellement normés par paliers, de la rue au logement, du trouble à la demande de soin, des consommations à l'abstinence. Une conviction partagée est que la participation au programme **UCSA est une opportunité pour mettre à l'épreuve les limites des milieux classiques d'exercice professionnel** (champ sanitaire ou social).

Extrait du rapport qualitatif

Les médiateurs de santé pairs (MSP)

C'est un enjeu majeur du dispositif que d'intégrer au sein des équipes des professionnels ayant un parcours expérientiel des questions de santé mentale. Actuellement ce métier n'existe pas en tant que tel et les formations sont rares. Au-delà de l'aspect formatif, le fait d'être en capacité d'utiliser sa propre trajectoire de rétablissement comme outil de travail auprès des locataires et au sein de l'équipe doit pouvoir aussi être évaluée. C'est donc deux points à valider avec les futurs MSP, d'une part leur propre trajectoire de rétablissement et d'autre part le recul qu'ils ont sur cette trajectoire pour l'utiliser comme « outil » d'accompagnement tout en laissant le choix aux personnes d'être dans des voies différentes.

Le couple « médiateur de santé pair / psychiatre au sein de l'équipe est un élément fort de la mise en œuvre de soins orientés rétablissement au sein des équipes.

- les MSP sont la preuve vivante que le « *recovery* » est efficace pour les personnes souffrant de maladies mentales ou d'addictions et qu'ils sont par eux-mêmes porteurs d'espoir.
- leur habileté à guider les équipes des soins vers le « *recovery* » en utilisant les outils qu'ils ont eux-mêmes employés pour leur propre « *recovery* » ; leur expérience devenant outil de formation.
- leur potentialité à développer une relation privilégiée avec les usagers, ceci leur permettant de recueillir des informations que les usagers ne transmettent pas aux autres membres de l'équipe d'accompagnement.
- leur fonction de contrepoids au système de soins psychiatriques français qui apporte le plus souvent des réponses institutionnelles ;
- leur capacité à montrer aux usagers qu'il est possible de décider par soi-même de ses propres soins en leur proposant un soutien individualisé, sans recours systématique à l'institution.

Extrait : communication colloque HFPC 2014 Chicago

Référence de l'article⁷²

Mais un certain nombre de limites existent quant à l'intégration des MSP dans les équipes en particulier le manque de statut et de profession en tant que telle et donc l'absence d'une grille de salaire permettant la reconnaissance de leurs compétences.

Enfin l'expérimentation a montré la nécessité d'échange entre pairs. Il sera proposé aux MSP des différents sites des rencontres et échanges.

Un guide est en cours de finalisation par la FAS et la Dihal.

7. La disponibilité des logements sur le territoire

Le logement d'abord c'est d'abord un logement et un logement de qualité ! Il faut donc dès la phase de planification travailler avec les bailleurs publics et privés afin de veiller à ce qu'ils s'engagent dans le dispositif. L'expérience a montré qu'avec un accompagnement adapté, la maladie mentale en tant que telle n'est pas un frein au maintien dans le logement ; par contre la nécessité de reloger les personnes est fréquente et plus importante que dans les programmes habituels. Le taux de rotation c'est-à-dire le rapport entre le nombre de départ du logement et la présence moyenne sur la période est doublé les premières années comparativement aux autres dispositifs financés sur des mesures d'intermédiation locative (IML). Ce taux se stabilise avec le temps. Il faut donc en informer les bailleurs et les intégrer dans les séances de formation/sensibilisation. Un relogement n'est pas un échec c'est un outil de travail des équipes. Cependant cela a un coût qui doit être intégré par les gestionnaires locatifs.



Dans votre réponse à l'AAP, nous vous recommandons d'être vigilants lorsque vous définirez le territoire d'intervention du dispositif ACT « Un chez-soi d'abord ». Vous devez prendre en

⁷² [documents pour le guide\chapitre II\THE ROLE OF PEER SUPPORTS IN FRANCE 2.pdf](#)

compte deux paramètres : la disponibilité de logement financièrement accessible pour les locataires et l'obligation des équipes d'organiser des visites régulières au domicile des locataires.

8. Le financement du dispositif

Le dispositif est financé par l'assurance maladie et l'Etat et peu aussi bénéficier de co-financements. L'autorisation donnée par le DG ARS créera la structure en tant que telle et la visite de conformité des services de l'ARS déclenchera le financement par la caisse d'assurance maladie.

De façon concomitante, le financement de l'Etat sous forme d'une subvention sera versé au groupement dument autorisé.

Le financement assurance maladie est versée par douzième au groupement, pour celui de l'état, il est proposé un financement de la somme totale au regard du budget prévisionnel présenté par le gestionnaire et non au fil de l'eau mesure par mesure.

Le groupement aura un budget unique mais chaque dotation répondra via un conventionnement à des missions spécifiques. Une clé de répartition sera proposée pour les postes de dépenses communes aux deux missions.

G. L'AAP régional

L'AAP étant régional c'est à l'ARS de choisir si elle souhaite ou non cibler un territoire ; si c'est le cas et au regard des contraintes du nombre de places (100 places non sécables), c'est la métropole qui sera visé sur ce territoire.

Le groupement doit être créé en amont de la réponse à l'appel à projet car c'est lui en tant que personne morale qui sera autorisé par le directeur de l'agence régionale de santé à porter le dispositif. De fait et compte-tenu de la lourdeur de mise en œuvre de la démarche projet et de la création du groupement il n'est pas envisageable que plusieurs groupements soient mis en concurrence sur un même territoire. Ainsi la démarche d'appel à projet n'est pas utilisée pour mettre en concurrence des opérateurs comme elle l'est classiquement ; pour autant et au regard de la législation c'est une étape obligatoire de la procédure qui sinon pourrait être invalidée devant le tribunal administratif.

L'ARS en lien avec les services de l'Etat et la Dihal aura donc pour objectif d'accompagner les opérateurs dans leur démarche de création du groupement et du dispositif.

La démarche indiquée initialement dans le cahier des charges a été modifiée après avis auprès de la DGCS et des ARS concernées. Comme indiqué dans le cahier des charges, la sélection se fera selon plusieurs étapes :

- *Lancement annuel d'un appel à projet régional par le Directeur général de l'ARS au regard des besoins évalués.*
- Réunion de la commission de sélection régionale par l'ARS qui donnera un avis circonstancié ; afin de simplifier la procédure pour l'ensemble des parties prenantes et au regard du travail conjoint

en amont fait avec les opérateurs, les tutelles et la Dihal, il a été proposé par la DGCS et en accord avec les ARS concernées que la Dihal soit présente lors de la commission et fasse part des éléments relatifs au respect du modèle.

- La validation finale sera portée par le Directeur général de l'ARS au vue de l'avis de la commission.
- La commission nationale (*constitué par des représentants des administrations centrales concernées, la CNAMTS, un ou des représentants des ARS concernées, un représentant de l'équipe recherche, et présidé par le Dihal*) ne serait saisie que si la commission émet un avis défavorable ou des réserves importantes sur le dossier ; il apportera un avis circonstancié sur le modèle.

III) Les principaux défis

Communiquer clairement et lever les confusions sur ce qu'est et n'est pas le dispositif ; ce n'est pas la réponse à toutes les situations de sans-abrisme ni de sortie d'hospitalisation en psychiatrie ;

Montrer en quoi le dispositif est novateur car vous entendrez souvent « on le fait déjà » ! C'est dans les modalités d'accompagnement qu'il apporte une vision vraiment nouvelle ; il ne s'agit pas de proposer un logement à des personnes à la rue mais avant tout de s'appuyer sur les principes cités plus haut dans ce document.

Montrer en quoi le dispositif est complémentaire à l'existant sur le territoire ; il faut « embarquer » le plus largement possible les acteurs des secteurs concernés et donc leur proposer une collaboration à priori.

Lever les représentations d'un public « ingérable » car vous entendrez « pour certaines personnes ce n'est pas possible » ; la réponse c'est que pour 85% des personnes c'est possible donc il faut essayer et si ça ne convient pas d'autres solutions pourront être apportées ; ce n'est en aucun cas un échec.

Repérer les personnels au regard de leur motivation et de leur adhésion aux valeurs du dispositif au-delà des compétences métiers qui sont bien sûr requises.

Favoriser dès la phase de planification l'implication des personnes ayant un vécu expérientiel de la rue ou de la maladie mentale.

Travailler très en amont avec les bailleurs sociaux et privés ; le logement d'abord c'est d'abord du logement et du logement de qualité : la fluidité dans l'accès au logement sera un élément clé du maintien dans le logement pour le futur.

La procédure d'AAP reste obligatoire mais elle change d'objet : c'est un accompagnement conjoint des services de l'Etat et de l'ARS à la gestion de projet et non une mise en concurrence des opérateurs.

Les questions clés auxquelles vous pouvez répondre à la fin de ce chapitre :

- Est-ce que le dispositif « un chez-soi d'abord » répond aux besoins de mon territoire
- Comment puis-je lancer une dynamique sur le territoire
- Comment construire le groupement
- Comment sélectionner les personnels
- Comment mobiliser les bailleurs
- Quel sont les défis que je vais devoir relever

Partie 3 : Mettre en œuvre le dispositif « Un chez-soi d'abord »

Les grandes lignes :

La gestion du dispositif repose sur un groupement qui permet un engagement équilibré des opérateurs. Le dispositif propose sur une gestion locative adaptée et un accompagnement orienté rétablissement en santé mentale.

Les personnes accueillies seront soutenues dans leur parcours de rétablissement par les professionnels en s'appuyant sur l'ensemble des ressources de la communauté.



Avertissement : l'ensemble de la démarche de mise en œuvre du dispositif a été scindée en chapitres pour en faciliter la lecture et l'appropriation pour le lecteur ; ils ne sont pas classés par ordre chronologique dans une démarche de déploiement et l'ensemble des activités devront être mise en place conjointement ; ce découpage par chapitre entraîne aussi des redondances car les activités sont interdépendantes mais ceci permettra aussi d'utiliser chaque module séparément.

I) Organisation du dispositif

Le côté novateur du dispositif s'entend à la fois dans la gouvernance et dans les pratiques professionnelles. Il s'agit, plus que de proposer un dispositif de soin pour des personnes sans-abri, d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et de proposer aux personnes concernées de recouvrer une « *identité plurielle non stigmatisée* » tel que le souligne le rapport de recherche qualitatif. Pour que les conditions d'un processus de rétablissement individuel soient possibles, il faut en général un changement profond de vision de l'organisation tant dans la place que les personnes elles-mêmes doivent occuper dans le processus décisionnel que dans les circuits de décision au sein de l'organisation.

Les enseignements de la phase expérimentale ont mis en avant la nécessité d'un pilotage en mode projet s'appuyant sur une culture de l'évaluation (suivi d'indicateur de fidélité du modèle) et un management horizontal et collaboratif.

La philosophie importée par le programme Un Chez Soi d'Abord contrarie les représentations dominantes. Les multiples définitions du rétablissement ont en commun l'émancipation de l'approche par déficit, pathologie, rechute, stabilisation ou guérison pour insister sur les conditions d'un processus personnel, relationnel et socio-politique correspondant à une nouvelle façon de penser et de se projeter dans l'avenir. Énoncé comme tel, les conditions du rétablissement ont plus à voir avec la promotion de la santé, dans sa prétention à **agir sur les déterminants sociaux de la santé** et à **favoriser l'empowerment des personnes concernées**.

(...) Les participants au programme Un Chez Soi d'Abord ont une identité intersectionnelle. En tant que personnes issues de la rue et porteuses de troubles psychiques, elles constatent généralement la marginalisation de leurs intérêts et de leurs expériences dans les discours forgés pour répondre à l'une ou l'autre de ces dimensions (maladie ou parcours de rue).

L'aide pluridisciplinaire que le programme Un Chez Soi d'Abord propose doit permettre aux locataires de sortir d'une identité unidimensionnelle éventuellement stigmatisante (de patient, d'handicapé, de sans-abri, de toxicomane) **pour recouvrer une identité plurielle non stigmatisée** (d'artiste, de sportif, d'habitant, de parent/frère/ami, de travailleur, etc.).

A. La gouvernance générale : un pilotage en mode projet

Trois niveaux sont proposés ; ils partageront l'information et s'appuieront sur des outils de suivi et d'évaluation communs.



1. Le comité de suivi national

Il se réunit au moins une fois par an sous la présidence du Dihal. Il garantit le suivi du modèle ; la coordination nationale présente chaque année un rapport d'évaluation des dispositifs à partir des données qui lui sont remontées. Le comité émet un avis et des recommandations sur le suivi du déploiement.

2. Le comité de suivi local

Il peut suivant les territoires être organisé selon des modalités différentes, l'objectif étant le partage des informations et enseignements sur le territoire. Il se réunit une fois par an. Il examine les rapports d'évaluation et garantit la dynamique partenariale. Il peut être inscrit au sein d'une instance existante type CLSM, comité de suivi PRAPS ou autre instance et devra au maximum s'appuyer sur l'existant en particulier si une instance existe déjà dans le cadre des PTSM. Il réunit l'ensemble des acteurs concernés, les collectivités territoriales, les services de l'Etat et de l'agence régionale de santé. Il reste sous la responsabilité du Directeur de l'agence régionale de santé dans sa mise en œuvre.

3. Le dispositif

Le dispositif est géré par un groupement. Les clés de réussite reposent sur la réactivité des équipes à résoudre les situations complexes ou de crise et sur un accompagnement très individualisé des personnes accueillies. Cela nécessite un management horizontal et collaboratif avec une coresponsabilité de l'ensemble des acteurs sur tous les aspects de l'organisation. Il s'agit de proposer une plate-forme de service adaptable à chaque situation. En amont la confiance et le partage de l'information sont indispensables.

4. La charte

Le maintien du modèle est un point fondamental mais dans un même temps il est aussi nécessaire que les territoires puissent s'approprier ce modèle et l'enrichir des spécificités locales ; il s'agira aussi de diffuser les valeurs et principes d'action qui le sous-tendent. A cet effet une charte est proposée aux futurs gestionnaires. Elle devra être signée et annexée à la convention constitutive ou au règlement intérieur du groupement.

B. L'organisation de la gestion du dispositif

1. Le règlement intérieur du GCSMS

Le groupement propose dans son règlement intérieur une forme d'organisation qui vise à une participation équilibrée de l'ensemble de ses membres. Le chapitre 8.2.3 du cahier des charges précise les points essentiels à respecter.



L'organisme agréé par l'Etat pour la gestion des mesures IML et membre du groupement peut rester en responsabilité de la bonne application de la convention signée avec les services de l'Etat sur la première année (choix fait sur les sites expérimentaux pour des raisons de faisabilité) ; pour autant le financement sera versé au groupement qui sera lui aussi en charge de rendre compte de la bonne utilisation des fonds. Cela vise à la coresponsabilité de l'ensemble des membres sur le maintien dans le logement des locataires. Les baux seront signés par l'organisme agréé ou le groupement lui-

même s'il a l'agrément en direct ; il met à disposition du groupement l'ensemble de ses compétences en matière de gestion locative adaptée mais reste en responsabilité directe sur les actions à mener. Le groupement peut être agréé en direct par l'Etat pour la gestion des mesures IML ; cette solution n'a pour le moment pas été choisie par les sites expérimentaux dans le cadre de la pérennisation.



Un point complexe reste la participation effective des personnes accompagnées ; elles doivent via les associations les représentant être présentes dès la constitution du groupement et devraient pouvoir participer à l'écriture du règlement intérieur.

2. Les instances

Le groupement devra mettre en œuvre les instances réglementaires dont l'assemblée générale qui se réunit annuellement et pour assurer la gestion au quotidien il est souhaitable d'avoir une instance technique type comité technique ou de gestion qui se réunit une fois par mois selon des modalités à définir.

3. Les personnels

Le groupement doit proposer un organigramme clair avec une répartition des tâches. Les types de personnel sont listés dans le cahier des charges. Des fiches de poste sont proposées en annexe.

De façon générale, peu de professionnels sont actuellement formés au suivi intensif et au rétablissement en santé mentale. Ce n'est donc pas sur ces critères que pourra se faire le recrutement dans les premiers temps. Ce qui est important c'est le fait que les futurs professionnels soient en cohérence avec les valeurs et principes du dispositif en particulier de la charte. Ils doivent être en capacité de travailler selon un management horizontal, en pluridisciplinarité et surtout d'être fondamentalement convaincu des potentialités de rétablissement des futurs locataires. Leur potentiel de créativité et de travailler « sans filet » tout en rendant compte de leur activité doit être importante ; leur capacité à porter la notion « d'espoir » y compris dans les situations qui semblent bloquées, leur réactivité face aux crises et aux urgences sont aussi des éléments importants. Enfin leur connaissance du réseau local et leur capacité de travailler en partenariat sont des points nécessaires.



Le binôme psychiatre médiateur de santé pair est un moteur important de l'équipe si les deux professionnels sont en capacité de travailler en collaboration étroite.

Concernant le coordinateur d'équipe c'est un des professionnels à embaucher en premier car il participera avec le directeur à la constitution de l'équipe. Son profil est important et doit reposer sur sa capacité à porter la notion de rétablissement, à travailler en situation d'incertitude, à résoudre les conflits et à faire régner dans l'équipe une bonne collaboration, à travailler selon un mode de management horizontal tout en pouvant assumer les décisions à prendre dans certaines situations ;

bref son leadership et donc sa capacité à porter le sens de l'action sont des points essentiels. Il doit enfin connaître suffisamment le réseau et le travail en collaboration entre le social, le médical et le médico-social et être légitime lorsqu'il devra prendre des décisions complexes.

Nous avons dans d'autres chapitre du document insisté sur l'importance des médiateurs de santé pair. Leur embauche doit se faire au début de la création de l'équipe ; il serait même conseillé de les inclure dans le processus de planification afin d'impulser dès le début une dynamique centrée autour du rétablissement en santé mentale.

Dernier point mais non des moindres, le directeur comme le coordinateur et l'ensemble des membres de l'équipe doivent être formés à l'évaluation et au reporting. Ce point est inhérent au fonctionnement en mode projet. Le coordinateur devra veiller à ce que les données soient recueillies au quotidien dans le système d'information, il devra motiver son équipe à le faire et pour cela proposer des retours sur l'activité régulièrement afin que les professionnels s'approprient en situation l'intérêt du reporting.

4. Soutenir les personnels : un des rôles du groupement

Il sera demandé aux professionnels de faire preuve de créativité et de soutenir les personnes accueillies en insufflant espoir et dynamique ; ceci demande à ce que l'équipe elle-même soit nourrie et soutenue pour garder l'énergie nécessaire à ce travail. En particulier des staff-day seront organisées chaque trimestre. De plus le groupement devra être réactif aux demandes de l'équipe en particulier sur les premières années de mise en œuvre du dispositif.

C. Les principales étapes



1. Recruter le personnel

La première année les 2/3 des personnels devront être recrutés et ceci le plus rapidement possible afin de constituer une équipe soudée et solide. Comme l'accueil des personnes dans le dispositif va se faire progressivement, les premiers mois seront consacrés à la formation des personnels et à l'établissement des protocoles d'organisation.



Recruter dès le début 2 médiateurs de santé pair afin de faciliter leur intégration ; un médiateur seul dans une équipe aura plus de mal à trouver sa place ; il est souhaitable qu'ils puissent

échanger entre eux et plus largement entre pair ; c'est pour cela que les échanges entre pairs des différentes équipes seront à mettre en place dès le début du programme.

Quelques recommandations pour le recrutement du personnel :

- Privilégier les recrutements à temps plein pour les personnels infirmiers et travailleurs sociaux.
- Proposer des recrutements à ½ temps pour les psychiatres ; s'ils ont aussi une activité hospitalière, ils pourront faciliter les liens entre le dispositif et l'hôpital et donc l'accompagnement des personnes dans l'institution.

Le recrutement des médiateurs de santé pair reste un point délicat car il n'y a pas pour le moment de cursus de formation labellisé ni de métier en tant que tel. Les enseignements de la phase expérimentale nous permettent de retenir les points suivant :

- Ne pas embaucher une personne qui a été/est accompagnée par une équipe d'un membre du groupement ; cela peut être compliqué pour le futur médiateur de devenir collègue de quelqu'un qui l'a accompagné à un moment donné de son parcours (et vice versa),
- Mesurer le niveau de « rétablissement » de la personne est très difficile car il s'agit d'un processus subjectif mais il est clair que cela prend du temps ; cette notion de temps est à croiser avec le regard que la personne porte sur sa propre trajectoire,
- Etre en capacité de parler de sa trajectoire et de l'utiliser comme outil vis-à-vis des personnes accompagnées tout en ne la présentant pas comme la voie unique (ex : RDR versus abstinence),
- La question de la consommation de produits psychoactifs reste une question complexe (mais pas que pour les MSP d'ailleurs) et devra être évoquée ouvertement si nécessaire.
- Choisir des personnes qui ont des expériences différentes : entendeurs de voix, RDR, abstinence....
- Demander à ce que la personne participe à des échanges avec ses collègues MSP du site et des autres sites.

De façon concomitante il est nécessaire de procéder au recrutement des personnels en charge de la gestion locative adaptée (sur le budget du BOP 177) afin qu'ils puissent être formés comme les autres personnels aux principes d'action du dispositif.

2. Former les personnels

La formation est essentielle car il s'agit de changer les pratiques ; un plan de formation est proposé en annexe, il devra obligatoirement contenir :

- Des modules de formation initiale et un plan de formation continue
- Des modules pour l'intégration au fil de l'eau des nouveaux professionnels
- Les thèmes : accompagnement au changement, formation à l'évaluation, formation aux concepts de logement d'abord dans une équipe de suivi intensif, rétablissement en santé mentale et réduction des risques
- D'autres thèmes ont été importants lors de la phase expérimentale : réponse à l'astreinte, gestion de crise, etc...



Il est conseillé : de privilégier la formation de l'ensemble des membres de l'équipe pour faciliter l'appropriation collective des nouvelles pratiques ; d'associer des personnes accompagnées aux formations comme outil d'empowerment ; de proposer des formations/actions plus que des formations à fort contenu théorique.



Chaque membre de l'équipe a des forces et des compétences à la fois sur son métier lui-même mais aussi sur des thématiques autres ; recueillir ces compétences et proposer de les utiliser dans le cadre des formations ; c'est une modalité de travail qui permet ensuite aux professionnels de dupliquer la démarche auprès des personnes accompagnées.

3. Etablir les protocoles d'organisation

Ce point sera traité dans le chapitre suivant et nous proposerons des exemples issus de la phase expérimentale. Les protocoles doivent être établis par l'ensemble des parties prenantes, en particulier l'ensemble des membres de l'équipe ; l'implication des personnes accompagnées devra être maximum. Ces protocoles devront respecter les obligations de la Loi de 2002-2, les enseignements de la phase expérimentale et les recommandations de bonne pratique de l'ANESM.

4. La communication

La communication doit continuer au-delà de la phase de déploiement notamment sur les premières années de mise en œuvre, ceci va permettre au dispositif de développer son réseau et de proposer aux personnes accueillies un large éventail de solutions répondant à leurs besoins. Tout ne peut se faire et ne doit se faire au sein du dispositif et ce travail de réseau et communication est très important.

D. Le respect des droits des personnes : Loi 2002-2 et le dispositif

1. Rappel de l'article 7 sur les droits des personnes accompagnées

La Loi 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale fixe de nouvelles règles relatives aux droits des personnes « réaffirme la place prépondérante des usagers, entend promouvoir l'autonomie,

la protection des personnes et l'exercice de leur citoyenneté. Cette loi rappelle, précise et organise des droits, mais avant tout, elle cherche à assurer l'accès effectif de ces droits. Pour ce faire, la loi énumère et rend obligatoire des documents, des instances, des procédures d'évaluation, des sanctions.»⁷³

En particulier dans son article 7 elle décline les droits généraux à l'usager :

- Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité;
- Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;
- Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;
- La confidentialité des informations la concernant ;
- L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;
- Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;
- La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.

Pour veiller au respect des droits des personnes accompagnées, des documents dont la liste est fixée par le législateur sont rendus obligatoires.

- Le livret d'accueil doit permettre au futur "usager" de connaître de façon précise les services mis à sa disposition.
- La charte des droits et libertés, porte sur "les principes éthiques et déontologiques" : non-discrimination, droit à une prise en charge, droit à l'information, le libre choix, droit à renoncer, droit au respect des liens familiaux, droit à la protection, droit à l'autonomie, droit à la pratique religieuse, respect de la dignité et de l'intégrité...
- Le règlement de fonctionnement définit "les droits et les obligations de la personne accueillie. Pour permettre une bonne utilité et une bonne compréhension de ce document, l'implication des usagers, surtout pour les établissements d'enfants et

⁷³ <http://www.action-sociale.org/?page=dossiers&dos=loi-2002-pour-le-social>

d'adolescents, à la rédaction de ce document pourrait être un bon moyen de responsabiliser les jeunes face à la violence.

- Le contrat de séjour "va détailler la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel". L'usager doit connaître le coût de sa prise en charge, ce qui devrait permettre une plus grande transparence entre l'institution et usager
- Le projet d'établissement va définir les objectifs de l'établissement ou du service "notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement". Il est établi pour une durée de cinq ans.

2. Les obligations dans le cadre du dispositif « Un chez-soi d'abord »

Le gestionnaire devra répondre aux obligations de la Loi concernant les outils tout en respectant les principes du dispositif. Comme nous l'avons vu précédemment la question de la sémantique est importante ; le dispositif ne parle pas d'usagers en référence notamment aux recommandations du CNPA mais de personnes accueillie ou accompagnée ou plus généralement les professionnels parlent de locataires. Le terme de prise en charge n'est jamais utilisé car lourd de sens au regard de la charge que pourrait représenter une personne pour l'équipe alors que le rétablissement s'appuie sur les forces ; ainsi il sera proposé accompagnement et non prise en charge.

- Le livret d'accueil : listera les principes du dispositif et déclinera les services et engagement réciproques.
- La charte des droits et libertés à laquelle est annexée la charte du dispositif.
- Le règlement de fonctionnement : portera uniquement sur le volet accompagnement avec les engagements réciproques des parties (équipe et personnes accompagnées) car sur le volet logement la personne locataire ou sous-locataire signe un contrat de bail.
- Le contrat de séjour ; il s'agira d'un contrat de prise en charge comme indiqué dans le décret de création du dispositif ; en effet la personne étant chez elle il ne s'agit pas de séjour⁷⁴. Pour autant la notion de contrat a été souhaitée par l'assurance maladie. Il n'a pas été possible de changer la terminologie de prise en charge car elle a un sens légal.
- Le projet d'établissement reprendra les grands enseignements de la phase expérimentale.

Nous proposons en annexe des exemples de ces documents.

⁷⁴ « Dans les établissements et services ou lieux de vie et d'accueil mentionnés au I du présent article, dans le cas d'un séjour inférieur à deux mois ou lorsque la prise en charge ou l'accompagnement ne nécessite aucun séjour ou lorsqu'il s'effectue à domicile ou en milieu ordinaire de vie ; » CASF
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2004/11/26/SOCA0422436D/jo/texte>

II) Recruter les personnes accueillies

La particularité de la phase expérimentale a tenu au fait que ce sont les équipes de recherche qui ont identifié les personnes puis les ont adressées aux équipes d'accompagnement. Ainsi les équipes d'accompagnement n'ont pas eu à « choisir ». Cette modalité est particulièrement intéressante car elle limite les sélections à priori d'un public qui correspondrait plus qu'un autre à l'offre du service ; cela évite aussi aux équipes de poser des critères sur la dimension « d'être prêt ou pas à habiter ».

Les critères pour l'intégration dans le programme ont été définis par le volet expérimental ; l'étude a montré que pour ce public le dispositif était particulièrement adapté. Il s'agit donc de maintenir ces critères sur la phase de déploiement. Charge au comité de suivi national au regard des évaluations annuelles de proposer des modifications de ces critères si besoin.

A. Les quatre critères d'intégration du dispositif

La phase expérimentale a montré qu'il n'y avait pas de caractère prédictif à la capacité d'habiter ; autrement dit il ne sert à rien d'avoir des grilles d'évaluation permettant de déterminer si les personnes sont prêtes ou non à habiter. Cette notion d'être « prêt à habiter » ne doit plus figurer dans l'approche « logement d'abord ».

Seuls les critères suivants sont à prendre en compte :

- (1) Etre sans-abri ou sans-logement⁷⁵ au moment de l'intégration dans le dispositif,
- (2) Présenter une pathologie mentale sévère⁷⁶,
- (3) Présenter des besoins élevés⁷⁷,
- (4) Etre en demande d'intégrer le dispositif et d'être logées.

Ces critères doivent garantir aux personnes les plus loin des structures d'accompagnement classiques de pouvoir être accueillies dans le dispositif. L'analyse du profil des personnes qui ont intégré le programme dans sa phase expérimentale a bien montré qu'elles fréquentent peu les structures de la veille sociale, qu'elles échappent aux soins sauf via l'hospitalisation et qu'elles sont plutôt isolées et subissent des violences.

Il est donc important de faire un travail de repérage en amont sur le territoire en s'appuyant sur les dispositifs qui sont les plus à même de rencontrer ce public : équipes mobiles dont EMPP partout où elles existent, accueil de jour, CARRUD, SMPR, etc. ...

⁷⁵ Il est fait référence à la grille ETHOS 1 – 2 – 3 – 4 ; les situations relevant de logement inadéquat ou logement précaire en particulier 6 – 8 – 9 – 11 seront examinées au cas par cas par la commission d'admission

⁷⁶ Pathologie relevant du groupe diagnostic « **troubles psychotiques** »

⁷⁷ Référence grille MCAS : Multnomah Community Ability Scale

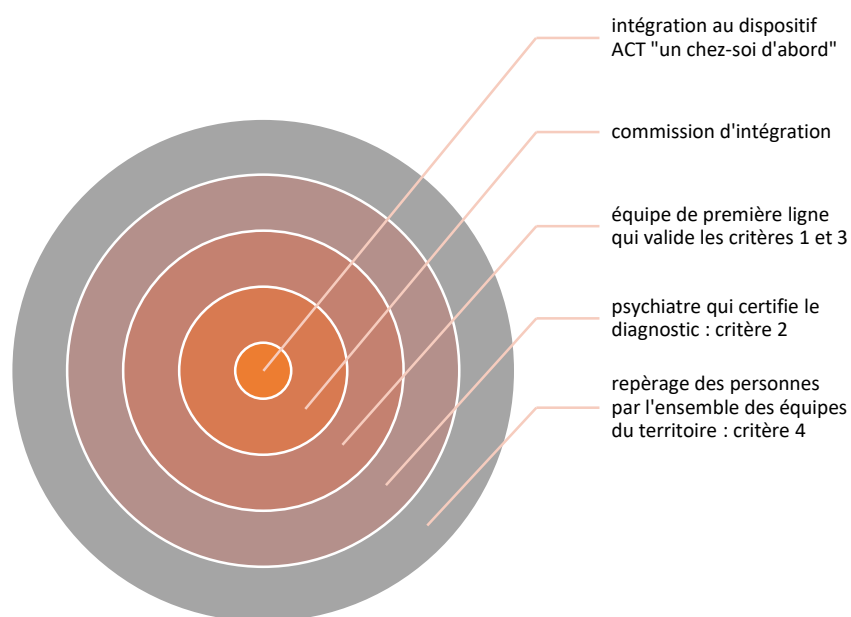


Les personnes doivent avoir des droits potentiels pour entrer dans le dispositif excluant de fait les personnes étrangères sans droit au séjour sur le territoire. Les personnes doivent en effet pouvoir avoir des ressources pour payer leur loyer et subvenir aux besoins de base dans le logement, ceci nécessitant d'être en situation administrative régulière sur le territoire.

La liste des structures à même d'orienter est bien définie dans le décret ; encore une fois cette liste volontairement limitative doit permettre de proposer un logement à des personnes qui si non n'y aurait jamais accès.

B. La procédure d'intégration

Chaque dispositif doit faire un travail de communication auprès de toutes les équipes dites de première ligne ; ensuite, il est recommandé de sélectionner un nombre limité d'équipe pouvant orienter et au sein de ces équipes former une ou deux personnes aux critères et à la procédure d'orientation. Sont proposées en annexes les documents mis en place par les sites expérimentaux pour l'orientation des personnes.



La commission d'orientation se réunit mensuellement en période de montée en charge puis trimestriellement après cette phase elle comprend au moins : un représentant des membres du groupement, les équipes de première ligne qui orientent et le SIAO. La commission a pour objectif de valider l'orientation de la personne vers le dispositif sur les 4 critères. Le choix se fera selon l'ordre chronologique d'arrivée des demandes ; afin de permettre à chaque structure qui assure l'orientation de pouvoir présenter des candidats potentiels, on peut aussi proposer de coupler à l'ordre chronologique un tour de rôle par structure en particulier dans les grandes agglomérations.

Quand les personnes ne peuvent intégrer le dispositif, les données recueillies seront détruites. Lorsqu'elles entrent dans le dispositif, les données sont intégrées à leur dossier et elles en sont informées. Les données qui ne seraient pas nécessaires à l'accompagnement mais recueillies dans un objectif de recherche devront être anonymisées lors du recueil.



La commission a aussi un rôle de construction du partenariat et permet lorsque les personnes ne peuvent être adressées d'envisager collectivement des solutions autres ; elle peut aussi être l'occasion de travailler sur des situations de cas complexes.



Nous proposons que le SIAO puisse animer la commission car il a sur le territoire un rôle de coordination globale des situations.

C. Le rythme des intégrations

Lors de la phase de montée en charge du dispositif, il est prévu 1 intégration par semaine pour arriver à 50 personnes en année N et 50 en année N+1.

Les circulaires budgétaires de l'ONDAM public spécifique étant publiées en mars et étant suivies de l'AAP, le calendrier suivant pourrait être proposé à titre indicatif :

Année N	6 personnes soit 3 sur 2 mois
<ul style="list-style-type: none"> - Circulaire juin - AAP juillet - Autorisation octobre 	
Année N+1	50 personnes soit 4 par mois
Année N+2	44 personnes soit 4 par mois

Ce calendrier demande une synchronisation entre la captation de logement et l'intégration des personnes pour respecter l'entrée qui doit être rapide dans le logement ; et d'autre part une réactivité des équipes dans l'accompagnement des personnes.



Le rythme soutenu d'intégration est complexe pour les équipes ; nous vous recommandons d'avoir dans le même temps recruté et formé le personnel afin d'avoir au début des intégrations un climat de confiance entre les membres de l'équipe qui devra travailler hors les murs et en binôme. Le temps d'échange sur les pratiques est essentiel au début et les équipes doivent, même si le nombre de locataire est peu important être recrutées à temps plein pour construire leurs pratiques et ne pas se laisser débordées quand les effectifs suivis seront plus importants.

III) Accueillir, loger et accompagner

L'ensemble de ces tâches sont interdépendantes et constituent le cœur du dispositif ; pour des raisons pratiques nous les présentons séparément mais elles doivent toutes s'appuyer sur les principes de base du dispositif ; aussi l'ensemble des équipes doivent être formées quelle que soit leurs rôles au sein du dispositif ; il s'agit d'un modèle systémique et une difficulté ou un élément de réussite sur un des axes aura de fait un retentissement sur l'ensemble de la chaîne. L'ensemble des parties prenantes sont interdépendantes dans la qualité de l'offre proposée aux personnes et l'implication de celles-ci dès le début est un axe fondamental.



Il faut avoir présent à l'esprit que sur l'ensemble des axes, l'objectif est d'accompagner les personnes dans leur trajectoire de rétablissement qui est un processus éminemment individuel. Ceci a pour conséquence que les procédures mises en œuvre ne valent que si elles servent les objectifs de rétablissement des personnes.



De la même façon il faut avoir à l'esprit que les personnes intégrées ont connu de nombreuses ruptures et ont échappé aux dispositifs classiques d'accompagnement ; il faudra donc être « inventif » dans les modalités d'approche ; le rétablissement met en avant la question de l'espoir ; c'est avant tout en croyant dans les compétences et forces des personnes que les professionnels pourront changer le regard ; rappelons-nous que les personnes vivant avec un trouble sévère de santé mentale ont une double contrainte : vivre avec la maladie et subir la discrimination du regard social lié à la maladie mentale.

IV) Loger les personnes accueillies

A. Les principes de base et l'organisation

Il s'agit d'un accès dans le logement directement depuis la rue sans condition de traitement des troubles psychiques ni d'arrêt de consommation des substances psychoactives. La personne peut être directement locataire en titre, mais le plus souvent, elle est sous locataire avec un objectif de glissement du bail pour qu'elle devienne secondairement locataire en titre.

Cet accès rapide sans condition et directement depuis la rue fait la différence avec la plupart des dispositifs proposés aux personnes sans-abri vivant avec un trouble psychique à qui il est demandé en général un engagement dans des soins pour aller vers le logement ou proposé au mieux un hébergement lorsque la personne refuse les soins ou qu'elle continue ses consommations.

Pour assurer l'accès et le maintien dans le logement, les principes suivants sont nécessaires :

- L'accès rapide à un logement en diffus dans la cité
- L'absence de conditionnalité entre le parcours résidentiel et l'accompagnement
- Le respect du choix de la personne

- Le droit au relogement

Les chapitres suivants vont décliner ces principes en modalités opérationnelles. Il est essentiel de rappeler que les volets logement et accompagnement sont traités sur deux chapitres séparés, dans la réalité de l'accompagnement de la personne accueillie et locataire, ces deux volets sont fortement intriqués et se potentialisent mutuellement. La question du logement est de fait très liée au quotidien de la personne (paiement du loyer, appropriation du logement, modalité d'habité, gestion locative, etc...) et peut servir d'appui à l'accompagnement (c'est un point du plan individualisé de rétablissement par exemple que la personne peut mettre en avant).

Concrètement, des modalités budgétaires différentes sont à l'œuvre pour les deux volets ; de même, un gestionnaire locatif peut-être chargé au titre du groupement (qui recevra l'ensemble de l'enveloppe budgétaire) de mettre en œuvre le volet logement. Dans un premier temps, c'est la structure conventionnée au titre de l'IML qui signera les baux et mettra ses compétences métiers au service du volet logement.



Il n'est pour autant pas dans les principes du dispositif de scinder fortement les deux équipes (équipe logement et équipe d'accompagnement) ; plusieurs modalités ont été testées durant l'expérimentation : une équipe logement « externalisée » ou une équipe logement « en immersion » au sein de l'équipe d'accompagnement. Les deux modalités peuvent être intéressantes et il n'a pas été montré plus d'efficacité d'un modèle ou d'un autre sur la captation ou la gestion locative adaptée ni le maintien dans le logement des locataires. Cependant, certaines conditions ont montré leur efficacité durant la phase expérimentale pour une meilleure qualité de prestation offerte aux locataires :

- Deux ETP en charge de la gestion locative adaptée lorsque le dispositif accompagne les 100 locataires
- Ces professionnels doivent travailler en lien étroit avec l'équipe d'accompagnement : présence aux réunions régulières, VAD communes, présence à l'ensemble des formations et rencontres organisées,
- Une formation commune aux principes du dispositif mais aussi aux questions de logement de l'ensemble des intervenants des deux équipes
- Mise en place d'une instance de régulation des situations complexes liées au logement et à la gestion locative (appelé comité éthique durant l'expérimentation) dont les modalités seront décrites plus avant,
- Les questions de logement dépassent le seul dispositif « un chez-soi d'abord » et il faut aussi proposer des solutions alternatives et faire preuve de créativité dans certains cas complexes. Le dispositif doit être ouvert sur son environnement et l'ensemble des professionnels devront développer les partenariats y compris sur la question du logement pour faire des propositions

plus ouvertes au locataire. A cet effet, les professionnels participeront aux différentes instances de concertation ou rencontre avec les bailleurs publics comme par exemple union régionale HLM (URHLM), ou différents réseaux ad hoc, ...)

B. La « *boîte à outil* » du logement

Des fiches actions en annexe détaillent l'organisation mise en œuvre pour la captation et la gestion locative adaptée.

Pour assurer l'ensemble des missions qui lui sont confiées, le dispositif dispose de l'outil de l'IML : intermédiation locative⁷⁸. Il s'agit d'une mesure financée par l'Etat, celui-ci sécurisant la relation propriétaire/locataires.



Le site du ministère de la cohésion des territoires consacré au dispositif Solibail recense la liste des associations agréées de l'intermédiation locative par département ; il est important de référencer la structure gestionnaire sur ce site car ainsi les propriétaires privés peuvent avoir un accès direct au dispositif.

L'intermédiation locative (Solibail, Louez solidaires et sans risques, ...) est un dispositif qui permet de sécuriser et simplifier la relation entre le locataire et le bailleur grâce à l'intervention d'un tiers social (opérateur, organisme agréé ou association). Le dispositif repose également sur des déductions fiscales, pouvant atteindre jusqu'à 85 % des revenus locatifs, aux bailleurs qui acceptent de louer leur logement à des ménages en difficulté.

Il existe deux formes d'intermédiation locative :

- La location/sous-location (exemple, Solibail) : le propriétaire loue son logement à une association agréée par la préfecture (pour une durée de trois ans renouvelable). C'est donc l'association qui est locataire et qui assure le paiement des loyers et des charges, l'entretien courant et la remise en état du logement (hors vétusté normale). Elle met le logement à disposition du ménage. Pour le propriétaire, le paiement du loyer est garanti même en cas de vacance ;
- Le mandat de gestion : le propriétaire fait appel à une Agence immobilière sociale (AIS) telle que : AIVS (Réseau FAPIL), Soliha-AIS qui le met en relation avec le locataire et établit le bail (3 ans minimum) directement entre eux (le locataire et le propriétaire). L'AIS se charge de percevoir pour le compte du propriétaire les loyers et les charges. Elle peut également proposer une garantie de loyers ainsi qu'un accompagnement social du locataire en fonction des besoins. Pour pouvoir exercer son activité, l'AIS, en plus d'être agréée par la préfecture au titre de sa mission de gestion locative sociale, doit satisfaire à plusieurs conditions comme la détention d'une carte professionnelle "Gestion immobilière", d'une garantie financière auprès d'une banque ou d'une organisation professionnelle et d'une assurance responsabilité professionnelle (loi n° 70-9 du 2.1.70)

⁷⁸ <https://www.anil.org/votre-projet/vous-etes-proprietaire/bailleur/lintermediation-locative/>

Pour en savoir plus, retrouvez l'Instruction⁷⁹ du 4 juin 2018 relative à la mise en œuvre du plan de relance de l'intermédiation locative dans le cadre du plan Logement d'abord.

Lien : <http://www.cohesion-territoires.gouv.fr/spip.php?page=accueil-sous-site&site=35>

L'IML dans le dispositif ACT « Un chez-soi d'abord »

Il existe quelques particularités de l'IML dans le dispositif « Un chez-soi d'abord » : (1) il s'agit de personnes isolées avec la nécessité de capter des petits logements, (2) la gestion des fluides peut être complexe pour ce public, (3) la possibilité d'entrer dans le logement sans que les droits soient ouverts et donc sans que la personne n'ait de ressources, (4) la nécessité d'accéder rapidement à un logement répondant au choix de la personne et possibilité de déménagements en cours d'accompagnement.

Le dispositif « Un chez-soi d'abord » s'inscrit dans le cadre d'une gestion locative dite « adaptée » (GLA). Celle-ci consiste en une activité de gestion de logements « rapprochée » comportant un suivi individualisé, éventuellement un accueil et une animation au quotidien, et, le cas échéant, une médiation avec l'environnement, vis-à-vis des occupants. L'objectif est la prévention des difficultés de l'occupant et la sécurisation de la relation bailleur/locataire.

Les missions sur l'axe du logement portent sur :

- La prospection et la mobilisation de logements,
- La gestion locative classique (perception des loyers et des charges, gestions des impayés, entretien du bâti, le suivi des paiements CAF, contractualisation d'une assurance locative) et les liens avec le propriétaire,
- La prévention et gestion des risques locatifs adaptée aux principes du dispositif (impayés de loyer, troubles du voisinage, dégradation ou non entretien...),
- La proposition de relogement (changement de situation, problème de voisinage, autre...) selon le respect du choix de la personne,
- La garantie des droits de la personne locataire auprès du propriétaire,
- L'accompagnement vers le glissement de bail dans le cas d'un contrat de sous location ou vers un bail direct sur un autre appartement si le glissement de bail ne s'avère pas possible.

A l'issue du bail, si la situation de l'intéressé ne permet pas de faire glisser le bail à son profit, l'organisme agréé pour l'intermédiation locative titulaire du bail continuera à sous-louer le logement à l'intéressé.

⁷⁹ http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/06/cir_43646.pdf.

L'IML couvre ainsi un certain nombre de coûts financiers que sont : la captation des logements, la gestion locative adaptée, les impayés et la vacance de loyer, le paiement du différentiel de loyer et éventuellement des fluides, les frais de maintenance et de remise en état des logements (mise en œuvre de solutions temporaires d'habitat le temps de travaux ou de rotation d'appartement), un forfait pour le mobilier et de l'accompagnement social lié au logement.

Les principes clés du dispositif vont entraîner sur certaines lignes des surcoûts financiers et une adaptation de l'IML. C'est en particulier le cas de la vacance et des impayés de loyer car il y a nécessité d'avoir un accès rapide au logement et des possibilités de relogement et d'autre part la possibilité d'entrer dans le logement y compris pour les personnes sans ressources à l'entrée dans le dispositif ; enfin le montant des dépenses de remise en état du logement peut être plus importante car il y a sur ce dispositif plus de relogement que sur un dispositif d'IML classique. Ces trois postes de dépenses feront l'objet d'un suivi particulier.

C. La stratégie de captation des logements

Nous sommes sur des logements diffus dans la cité qui répondent à chaque fois au choix d'un locataire. Afin d'éviter les phénomènes de stigmatisation, il ne devra pas y avoir dans un immeuble plus de 20% des appartements dédiés aux locataires du dispositif « Un Chez-soi d'abord ».

On note deux grandes phases dans la captation : une phase de montée en charge du dispositif où la captation de logement doit se faire « à grande échelle » et rapidement et une phase que l'on peut appeler « de routine » où le rythme des intégrations est beaucoup plus lent (1 par mois en moyenne) mais où il faut aussi des logements pour pourvoir aux nécessités de relogements de certains locataires. Les outils proposés par le gestionnaire logement peuvent être différents suivants les phases : agence de location à vocation solidaire, recherche de logement en interne y compris avec la personne accueillie, etc....

La captation doit se faire obligatoirement avec la notion du glissement de bail. Ceci implique pour le gestionnaire d'avoir un discours commercial adapté et de proposer par exemple des contrats de location ad hoc comportant un avenant permettant au locataire de devenir locataire en titre.

1. Proposer des logements adaptés au dispositif

La grande majorité des logements captés lors de l'expérimentation étaient de petite taille allant du studio au T2. En effet, les locataires à leur entrée dans le dispositif habitent seuls. Par ailleurs, leur niveau de ressource oblige à privilégier de petites surfaces.

Dans le cadre d'un accompagnement intensif et afin de limiter les temps de déplacement de l'équipe et pour un meilleur service rendu aux locataires, il devra être défini en amont une aire de captation des logements. Une attention particulière sera portée sur :

- L'accessibilité du logement avec la proximité des transports en commun

- La sécurité de l'environnement géographique (certains quartiers où les trafics sont importants sont à éviter sauf choix de la personne)
- Un agencement ou un environnement non préjudiciable à une bonne occupation du logement (ceci est bien sûr variable suivant les personnes et c'est un processus d'apprentissage pour la personne elle-même mais par expérience, il faut être vigilant aux bruits du voisinage, aux dispositions des fenêtres, au fait d'être en rez-de-chaussée ou à l'étage, à ne pas être au bout d'un long couloir, l'accès de la rue à la porte d'entrée du logement doit être le plus facile possible et enfin d'éviter les derniers étages, etc...)

De plus, lors de la phase expérimentale il a été préconisé que les logements ne soient pas équipés de gaz pour des raisons de sécurité ; enfin tout ce qui pourra permettre d'aider les personnes dans la gestion de l'utilisation du chauffage (thermostat, fermetures des fenêtres quand le chauffage est allumé ; bonne aération de la pièce, etc...) est à rechercher. En effet le montant de factures liées au chauffage est un poste de dépense important.



Les caractéristiques des biens doivent ensuite être présentées à l'équipe en charge de l'accompagnement pour avoir leur validation avant toute contractualisation avec les bailleurs.

2. Respecter les souhaits des locataires

Il est difficile de choisir quelque chose que l'on ne connaît pas et où l'on ne peut se projeter. Il est donc important de montrer aux personnes plusieurs types de logement pour qu'elles puissent faire leurs choix ; Il sera aussi préconisé de leur faire visiter le quartier dans lequel le logement est situé.

L'expérience a montré que souvent les personnes acceptent le premier logement proposé ; ce n'est qu'après quelque temps dans le logement qu'elles sont plus en mesure d'étayer leurs choix et qu'il peut être opportun de proposer un autre logement plus proche des souhaits de la personne. Ce travail se fait en étroite collaboration avec l'équipe d'accompagnement.

Reste que la réalité du marché locatif ne permet pas toujours d'avoir un choix large ; pour autant il est à minima proposé 3 logements différents à la personne.

3. L'outil du déménagement

Les déménagements sont en moyenne, deux fois plus fréquents sur le dispositif ACT « Un chez-soi d'abord » que sur un dispositif classique d'IML. Ils sont indispensables à la fois pour éviter les tensions mais aussi pour accompagner la personne dans ses choix (ce qui est un axe important dans le processus de rétablissement). Cet outil du déménagement a été utilisé dans les situations suivantes :

- Mise à l'abri de la personne
- Logement repéré par les personnes de la rue, ce qui peut entraîner des squats

- Souhait du locataire de changer de logement (pour une meilleure intégration dans son logement ou lors d'un changement dans le ménage comme une mise en couple, la garde d'enfant, le souhait de se rapprocher du lieu de son travail)
- Apaisement de la situation dans les cas de troubles de voisinage
- Vétusté du logement, nécessité de faire des travaux

Le gestionnaire locatif doit anticiper l'importance des déménagements dans son activité. Chaque relogement implique un déménagement des affaires, des réparations techniques et un nettoyage de l'ancien logement pas toujours effectué par les sous-locataires et donc parfois une double occupation des 2 appartements pendant quelques jours. Cette souplesse et réactivité évite l'enkystement des situations, les crises chroniques et les expulsions. Dans le même temps cela a permis de ne pas « perdre » des propriétaires puisque moins de 5% d'entre eux ont quitté le programme sur la phase expérimentale.

Certaines situations très minoritaires sont particulières avec un recours à des relogements multiples. Ces situations sont à envisager au cas par cas et parfois il est nécessaire de proposer d'autres modes d'habitat.



Attention car quand la personne est sous mesure de protection la décision de déménagement doit être prise par le juge des tutelles ce qui peut prendre un certain temps. Ainsi, dans la période d'attente, certaines équipes ont pu utiliser des solutions temporaires comme l'hôtel.

4. Le lien avec les bailleurs

Les négociations avec les bailleurs, privés ou publics, comme la gestion des troubles du voisinage ou des impayés de loyer ne sont globalement pas nouvelles mais elles sont en revanche perçues comme décisives dans la perspective de glissement des baux. C'est une part importante du travail du gestionnaire locatif.



Un travail de communication sera mené et les équipes devront avoir des éléments de langage adapté pour informer les propriétaires sans toutefois stigmatiser les futurs locataires ; il s'agit d'expliquer la nécessité d'adapter la relation locataire/bailleur tout en respectant les droits et devoirs de chacun.

a. Le lien avec les bailleurs publics

Les services déconcentrés de l'état mais aussi les collectivités territoriales ont été un maillon important pour mobiliser les bailleurs sociaux lors de la phase expérimentale. Ceux-ci avaient identifié deux risques principaux à l'intégration des personnes accueillies dans les logements :

- Pour les locataires du dispositif : être dans une cage d'escalier où existent déjà des tensions et des situations de violences et faire l'objet de maltraitance car certains d'entre eux sont particulièrement vulnérables
- A l'inverse, qu'ils déstabilisent un collectif existant par des comportements perturbateurs : squat dans les cages d'escalier, bruits, comportement locatif inapproprié, etc...

Dans les deux cas, le suivi rapproché de l'équipe d'accompagnement est nécessaire et la formation des gardiens là où cela est possible est préconisée.

Les bailleurs ont déjà, dans leur parc des situations délicates à gérer ; une collaboration avec les services de santé mentale sur le territoire peut être favorisée par le dispositif « Un chez-soi d'abord ».

De plus, les services déconcentrés de l'état ont proposé des réunions régulières tout au long de la phase expérimentale avec les bailleurs sociaux afin de les sensibiliser au dispositif. Ceci pourra être mis en place pour les nouveaux sites.

Dernier point, les personnes sont de façon automatique prioritaires pour l'accès au logement social parce qu'elles s'inscrivent dans un dispositif d'ACT ; leur inscription dans le fichier SYPLO est à faire pour l'accès à un logement de façon prioritaire. Un travail de lien étroit avec les SIAO est aussi nécessaire dans le cadre du rôle d'observatoire du SIAO sur le territoire. Sur l'ensemble des sites expérimentaux, Les services déconcentrés de l'état mais aussi les collectivités territoriales pour le site de Paris, ont inscrit le dispositif dans les publics réservataires de leur contingent.



Il s'agit d'un travail de médiation et il est intéressant de se rapprocher par exemple pour la gestion de certaines situations des organisations ad hoc mise en place par les villes (ex : offices de la tranquillité, médiateurs, etc...)

b. Le lien avec les bailleurs privés

Lorsqu'un logement est capté dans le parc privé. Le gestionnaire locatif doit rencontrer le propriétaire pour une présentation la plus détaillée possible du dispositif, et réaliser une visite du logement. Cette étape permet de s'assurer que le logement est bien adapté au profil du public du dispositif.

Il y a un travail important de sensibilisation à la question de la maladie mentale à réaliser avec les propriétaires sans stigmatiser les futurs locataires, afin de faciliter la compréhension de la démarche du dispositif. La relation entretenue avec les propriétaires est très importante sur ce dispositif. Une vraie relation de confiance doit être instaurée avec un lien (téléphonique, par mail ou en présentiel) pour assurer un suivi. Ce lien de confiance conditionne fortement la possibilité future de faire glisser le bail. Un lien avec les syndicats de copropriétés doit aussi être établi, particulièrement en cas de troubles du voisinage.

	Logements publics	Logements privés
Avantages	L'accessibilité financière La typologie du logement (taille plus grande pour un même loyer entre public et privé) La présence de gardiens qui peuvent faire tiers	Le choix du quartier L'offre plus importante sur les petites surfaces (T1) La rapidité d'accès Les liens avec le propriétaire qui sont directs (positif si celui-ci est sensibilisé et s'engage) Négociation au cas par cas
Difficultés	Le choix du quartier qui est plus difficile (désignation par le bailleur et négociation complexe car offre limitée) Le manque de logements de petite taille (T1) Le manque de flexibilité lors des déménagements Quand difficultés importantes avec le bailleur, on peut perdre toutes possibilités d'accès à leur parc	Le montant du loyer Les liens avec le propriétaire qui sont directs Le syndic qui peut être saisi par les autres locataires

D. La gestion locative adaptée

1. Les états des lieux

Deux catégories existent sur le dispositif :

- Entre le bailleur et le porteur IML où il peut y avoir des négociations commerciales et travail spécifique en fonction de l'état du logement
- Entre le gestionnaire et le locataire ; il est proposé d'avoir un état des lieux tripartite avec l'équipe la personne et le gestionnaire locatif. La personne doit le signer car elle engage sa responsabilité. C'est aussi l'occasion de faire passer des messages. Quand les personnes sont sous mesure de protection juridique type tutelle, c'est au tuteur de signer. Ceci peut prendre du temps ; il est nécessaire de l'anticiper.

2. Procédure administrative de gestion locative

Cela comprend les télé déclarations bailleur à la CAF, les attestations de loyer CAF (données dans le cadre de la demande et faite annuellement en juillet).

Il faut que le porteur ait un compte auprès de la CAF pour faire les télé déclarations et donc être conventionné avec la CAF ; ainsi il percevra directement les montants de l'allocation.

L'équipe d'accompagnement doit avoir dans son équipe un assistant social diplômé (ou un CESF) pour avoir un compte CAF pro qui permet d'avoir accès à l'ensemble des informations du dossier de la personne si celle-ci l'accepte. Ceci est particulièrement utile car les personnes perdent souvent leurs pièces administratives ou leurs courriers. Cela permet de limiter les impayés.

3. La gestion des loyers

Le loyer moyen des logements captés pendant l'expérimentation est, suivant les sites entre 360 et 450 euros (soit 405 en moyenne) charges comprises, hors site parisien.

Un travail important a été fait pour réduire le montant du loyer moyen en captant des logements moins chers durant le temps de l'expérimentation pour permettre aux personnes d'avoir un reste à vivre augmenté. A titre d'exemple, sur Marseille, le loyer moyen est passé de 375 euros à 332 euros entre 2012 et 2016.

En effet, dans une démarche pérenne de logement, il s'agit de savoir si les personnes auront la capacité financière de rester dans le logement à moyen et long terme. Pour cela, le critère choisi a été que la somme du reste à charge du loyer chargé pour la personne soit inférieure à 30% de ses ressources. Ainsi, il est assuré à la personne un reste à vivre de 70% de ses ressources disponibles. Afin de respecter ce principe, il est proposé à l'entrée dans le dispositif (exemple sur un des sites) un échelonnement des loyers en fonction des ressources :

- Nul pour les personnes sans revenus ;
- 100 € personnes au RSA ou revenus équivalent ; si logement non accessible financièrement
- Résiduel entier pour les personnes à l'AAH ou revenus équivalent.

Concernant les fluides, il a été proposé des modalités différentes suivants les sites :

- Ouverture du contrat au nom de la personne ce qui lui permet d'avoir accès à des aides énergie du droit commun ; si la personne n'est pas solvable (après épuisement des aides du droit commun), elle fait une fiche de prêt au dispositif qu'elle rembourse selon une procédure
- Soit une refacturation mensuelle d'une participation énergie forfaitaire de 40 €
- Soit le montant total avec accompagnement au paiement en fonction des possibilités du locataire.
- A Marseille un problème particulier a été mis en exergue au regard de la gestion de l'eau avec des montants de régularisation important du fait de fuites ; Prioriser les logements où l'eau est comprise dans les charges et bien regarder que les charges soient envoyées régulièrement (attention au régularisation de charge).
- Les assurances en cas de sous-location sont à la charge du gestionnaire qui le met dans le quittance. Si la personne est locataire en titre l'assurance est à sa charge ; il est possible de repasser par l'assurance du bailleur et de la mettre dans la quittance.

En moyenne à l'entrée dans le programme les personnes déclaraient un revenu de 645 euros. (Toutes sources de revenus confondues, formelle et informelle). 95% des personnes sont sous le seuil de pauvreté estimé à 60% du revenu médian des niveaux de vie. Les $\frac{3}{4}$ des revenus des personnes proviennent de minima sociaux (48% ont une AAH à l'entrée et 30% le RSA).

Un travail mené par T. Gesmond⁸⁰ sur le taux de pauvreté et le non recours aux droits à l'entrée dans le programme expérimental a montré un taux de non recours au RSA de 42% (estimation des personnes éligible au regard du montant de leurs revenus) ; le taux de non recours à l'AAH n'a pu être calculé compte-tenu de son caractère non prédictible uniquement sur la base des revenus. A la fin de l'expérimentation (2016) 82% ont une AAH (ou statut d'invalidité), 13% le RSA, 2% ont un salaire seul et 85 % des personnes ont un reste à vivre supérieur à 70% de leurs ressources et sont à même de se maintenir financièrement dans le logement. Une différence existe bien sûr entre les sites car cela dépend du montant des loyers dans chacune des villes en particulier Paris où cela n'est possible que sur le logement social.

La question des ressources est fondamentale pour le maintien dans le logement et au-delà du reste à charge la question du reste à vivre est l'élément le plus important.



Le travail des équipes consiste donc à renforcer le reste à vivre en proposant des logements avec un loyer moins cher (parc social) et dans le même temps à augmenter le niveau de ressource (accès à l'emploi, AAH, aide à la gestion des ressources) tout en tenant compte des souhaits de la personne.



Un travail peut être engagé avec les conseils départementaux dans le cadre des mesures d'aide et de soutien personnalisé : MASP⁸¹ I ou II pour accompagner les personnes dans la gestion de leur budget ou l'accès au FSL⁸² maintien.

Dans le cadre des paiements en espèce il est important de mettre en place une procédure qui peut aller d'un accord avec une banque et la personne dépose son argent sur ce compte que le gestionnaire va gérer. Ou des permanences où le gestionnaire reçoit l'argent en direct et fait le quittance.

4. La gestion des impayés

Les principales causes d'impayés sont semblables à ce que l'on peut trouver sur d'autres dispositifs ; pour autant certaines causes sont spécifiques car les personnes n'ont pas d'obligation d'avoir accès aux ressources pour entrer dans le dispositif. Ainsi on note :

- Avoir de moins de 25ans et être sans aucune ressource
- Entrer dans le logement avec des droits potentiels mais sans droit ouvert et sans ressources.

⁸⁰ The impact of Housing First on financial poverty and the take-up of income support: evidence from a French randomized controlled trial", mémoire de recherche réalisé par Thomas Gesmond dans le cadre du master 2 \Politiques Publiques et Développement" à l'Ecole d'Economie de Paris sous la supervision de Luc Behaghel.

⁸¹ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1336>

⁸² <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1334>

- Entrer dans le logement en ayant déjà des dettes. A la rue, les personnes ont une certaine invisibilité et le fait d'avoir une adresse permet aux créanciers de les retrouver. A l'entrée dans l'expérimentation, la moitié des personnes ont des dettes dont le montant est élevé : médiane à 1850 euros et pour ¼ d'entre eux les dettes sont supérieures à 5925 euros. La principale dette porte sur les transports (publics ou SNCF), mais il y a aussi des dettes concernant les hospitalisations. Souvent les organismes se prélèvent directement sur les ressources perçues dès que les droits sont ouverts. Le reste à vivre n'est parfois pas suffisant pour régler la totalité du résiduel de loyer.
- Avoir des ruptures de droits liées à des parcours complexes (incarcération, hospitalisation, perte de papiers, erreur de patronyme, etc...). Ces ruptures ne sont pas toujours anticipées par l'équipe d'accompagnement et la personne ne l'en informe pas toujours non plus.
- Avoir eu des périodes d'errance qui entraînent systématiquement des ruptures de droits par changement de département.
- Avoir des difficultés dans la gestion du budget et ne pas donner la priorité au paiement du loyer. Les addictions sont parfois un poste de dépense important ; rien que sur la question du tabac, le programme expérimental a montré que cela représentait un des postes de dépense le plus important.
- Ne pas avoir la possibilité d'ouvrir un compte courant et avoir des difficultés à se déplacer pour payer le loyer. Ceci nécessite un aménagement particulier pour le versement qui peut se faire en espèce parfois. A titre d'exemple sur le site marseillais 63% des règlements se font en espèce directement auprès de l'équipe d'accompagnement, 23% par virement et 14% par prélèvement.
- Avoir comme seule ressource le RSA et avoir à verser une participation forfaitaire. Le montant restant constitue petit à petit une dette qui ne cesse de s'accroître au fur et à mesure de la location tant que la situation n'a pas été résolue.



Le dispositif va générer des impayés structurels du fait des conditions particulières d'entrée dans le logement de personnes non encore solvable et pour certains ayant accumulé des dettes antérieures ; lorsque la personne a à nouveau une adresse, les créanciers en particulier le trésor public les retrouve.

Afin de prévenir les impayés, une attention particulière devra être portée sur la régularisation administrative des personnes pour l'obtention du RSA ou de l'AAH. Le professionnel en charge de la gestion locative et l'équipe d'accompagnement auront ainsi une mission importante de mobilisation des réseaux sociaux de droit commun (maison des solidarités, CCAS...), pour permettre une meilleure

réactivité et un appui auprès des bénéficiaires. Pour les personnes ne bénéficiant pas encore de droit, le gestionnaire doit donc anticiper que l'entrée dans le logement se fera par la création d'une dette locative.

Dans le cadre du droit commun le FSL peut être mobilisé pour aider les personnes. Quand elle retrouve une stabilité financièrement le département prend une partie de la dette et peut proposer un prêt au long cours facilitant l'apurement de la dette.



La procédure à suivre en cas d'impayé devra être validée par l'ensemble des parties prenantes et le locataire devra en être informé à son arrivée. Il est par ailleurs essentiel qu'il sache que l'accompagnement se poursuivra quel que soit son parcours résidentiel.

A titre d'exemple, en moyenne après deux ans d'expérimentation, la question du paiement du loyer restait une difficulté majeure pour 14% des personnes alors que 40% d'entre elles avaient toujours payé leur loyer, pour les autres, il existait des impayés ponctuels. Sur l'ensemble des impayés cumulés, on note que 40% d'entre eux sont engendrés par un petit nombre de personnes (14% de l'effectif) qui vont cumuler les difficultés avec notamment des ruptures de droits ou des impayés à répétition. Au cours de l'expérimentation il a pu leur être proposé des mesures de sauvegarde de justice (MASP, tutelle ou curatelle) ou des accompagnements vers d'autres type d'habitat.



La spécificité du dispositif est de proposer une séparation entre le parcours résidentiel et l'accompagnement dans le sens où l'un n'est pas conditionné à l'autre. Pour autant, la question du maintien dans le logement doit faire l'objet d'une attention à la fois des personnes en charge de la gestion locative et celle en charge de l'accompagnement global. L'ensemble de l'équipe doit être formée sur les enjeux du maintien dans le logement comme ils doivent être formés aux principes du dispositif (rétablissement, RDR, etc...). L'échange d'information sur les situations complexes doit être important et régulier.

5. L'équipement et l'ameublement des logements

L'équipement permet de rendre le logement habitable. Cela va de l'aménagement au petit matériel : ampoule, kit pour cuisine, etc.... L'ameublement est proposé selon le choix de la personne (lit, clic clac, etc...)

Les équipes n'ont pas toutes travaillé de façon semblable (kit à priori à l'entrée dans chaque appartement ou choix intégral fait par la personne) mais de partout il est proposé dans le cadre du financement de l'IML une part forfaitaire pour ce poste de dépense.

Enfin pour que la personne puisse appeler l'astreinte il lui est proposé un téléphone et là encore les modalités ont été différentes suivant les sites : poste fixe ou portable, bar du coin, etc...

6. La maintenance technique des logements

Comme dans tous logements des problèmes techniques peuvent survenir. Les visites à domicile régulières permettent d'identifier les défaillances techniques qui pourraient avoir lieu, et limiter autant que possible la détérioration du bâti. Le gestionnaire en charge des logements doit être en capacité d'évaluer le type de besoin technique et mettre à disposition une prestation adaptée qui peut aller de la mise à disposition de matériel au personnel de l'équipe d'accompagnement d'un professionnel technique du gestionnaire jusqu'à une entreprise extérieure. Il est nécessaire d'établir un protocole de suivi de ces interventions.

Dans le cas où un professionnel en charge des interventions de petites maintenances est présent, celui-ci interviendra suite à un signalement du locataire directement, ou de l'équipe d'accompagnement qui a remarqué le dysfonctionnement lors d'une visite à domicile.

L'intervention se fera selon l'urgence de la problématique et la nécessité ou non de faire appel à une entreprise. Certaines réparations ne sont pas d'ordres locatifs et le propriétaire est donc informé par le gestionnaire des travaux à réaliser.

Lorsqu'une intervention doit avoir lieu au sein du logement, il serait nécessaire de décider avec le locataire d'une date, en l'informant au préalable des modalités de l'intervention (nature des travaux à réaliser, ampleur, nombre de personne nécessaire, objets à déplacer, nuisance durant et après les travaux...). Lorsque cela est nécessaire, le technicien pourra être accompagné par l'équipe d'accompagnement. A titre d'exemple, sur le site toulousain il y a eu en 2015 alors que les 100 locataires étaient présents, environ 200 interventions menées par les techniciens et 50 interventions par des entreprises avec un cout total de 65000 euros : 90 interventions de menuiserie, 28 changements de barillets, 43 interventions pour nettoyage et réfection, 19 interventions électriques, 25 interventions de plomberie.

Les gestionnaires de l'expérimentation ont pu demander aux locataires de fournir une caution d'un montant symbolique pour responsabiliser le futur sous-locataire, sans les mettre en péril financièrement : A titre d'exemple, sur le site de Toulouse : 5 € pour les personnes n'ayant pas de droits ouverts, 20 € pour les personnes bénéficiant du RSA, 40 € pour les personnes bénéficiant de l'AAH.

A noter que le renouvellement des badges ou clés perdus représente également un coût important sur ce dispositif. Une procédure à suivre, notamment lorsque la perte a lieu en dehors des horaires de présence de l'équipe dédiée, devra être établie.



Les intervenants techniques quels qu'ils soient doivent être sensibilisés aux valeurs et principes du dispositif et à la question de la santé mentale ; ils interviennent le plus souvent en présence de l'équipe. Ils peuvent intervenir seuls mais cela demande à être travaillé avec l'équipe

d'accompagnement et l'accord de la personne. De même, pour les entreprises cela demande du temps pour les choisir et les sensibiliser.

E. La gestion des incidents

Un certain nombre de personnes n'ont jamais habité dans un logement de façon autonome et continue. Les réflexes concernant les règles de vie dans un immeuble sont souvent à travailler à l'entrée dans le logement. Ceci pourra se faire conjointement avec le gestionnaire en charge de l'intermédiation locative, l'équipe d'accompagnement et le locataire pour l'accompagner dans une occupation sereine de son logement. Les troubles de voisinage les plus fréquents sont liés à :

- L'accueil de personnes de la rue dans leur logement, pouvant entraîner un envahissement. Souvent ce sont les « amis » ou « connaissances » de leur vie antérieure qu'ils accueillent par solidarité. Cela occasionne une gêne pour les voisins voyant entrer dans leur résidence parfois plusieurs personnes.
- Un non-respect des règles de l'occupation du logement tel que : musique la nuit, aller demander un ingrédient aux voisins à n'importe quelle heure du jour et de la nuit par exemple, ou encore manifestation de la maladie psychique par des cris.
- L'accueil d'animaux : le public issu de la rue est souvent accompagné de chiens. Dans de petits logements cela pose des problèmes d'hygiène mais également dans les parties communes avec des déjections non ramassées.
- La stigmatisation de la part des voisins : certains sous-locataire sont très vite repérés dans l'immeuble et font l'objet d'une surveillance particulière. Il a pu arriver que des rapports détaillés sur les moindres agissements soient transmis au syndic alors même que le locataire a une occupation correcte du lieu.
- Les problèmes d'hygiène et d'entretien du logement : vivant en squat ou à la rue pendant de nombreuses années auparavant, la notion de propreté est relative à chaque individu. Un accompagnement vers un bon entretien du logement est parfois nécessaire pendant plusieurs mois tout en respectant les souhaits de la personne.

Pour prévenir ces tensions, à l'entrée dans le logement, le locataire doit être informé des règlements de police et de copropriété.

En cas de plaintes de la part du voisinage, comme pour les travaux, un protocole de médiation doit être proposé en amont.

A chaque incident une fiche est réalisée et transmise en interne si c'est un incident mineur, aux autorités de tutelle et à la coordination nationale si c'est un incident majeur.

Un protocole est aussi mis en place quant au domicile le professionnel doit face à une situation de danger ou violence.

F. La gestion de la vacance

La vacance des logements doit être anticipée car elle a des conséquences importantes, principalement d'un point de vue de l'équilibre financier.



Le dispositif va de fait générer de la vacance structurelle du fait des conditions particulières d'entrée dans le logement de personnes non encore solvable.

Les causes de vacances en cours d'accompagnement sont principalement :

- Les dégradations de l'état des logements qui nécessitent des travaux de remise en état de plus ou moins grande ampleur, en cours d'occupation ou suite à un déménagement,
- Les relogements : un relogement nécessite du temps pour que l'équipe accompagne la personne afin de déménager les affaires, et du temps pour nettoyer le logement afin qu'il puisse être à nouveau disponible.
- Les départs précipités : il est arrivé que certain sous-locataire pour une mise à l'abri ou un souhait de changement de ville rapide, partent du logement en laissant toutes leurs affaires et leur mobilier.
- Les incarcérations : dès que la durée de l'incarcération est connue, il est décidé s'il est pertinent d'effectuer la reprise du logement dans le cas où le sous-locataire ne paye plus son loyer ; une vigilance sera à avoir pour ne pas l'obliger de façon structurelle à générer des dettes du fait du paiement du loyer et dans un second temps une baisse de ses revenus du fait de l'incarcération.
- Les cas d'hospitalisation : dans ce cas, il est plus difficile d'évaluer la durée de l'hospitalisation. Une étude au cas par cas des situations devra permettre de décider la conservation ou non du logement. La volonté ou non du locataire de payer un logement pendant cette période est bien sûr un élément décisif.

D'un autre côté, la vacance facilite la possibilité pour les futurs sous-locataires de pouvoir choisir leur logement entre plusieurs propositions. Il est en effet demandé dans le cadre du dispositif qu'il soit proposé dans les deux mois à la personne un logement qui corresponde à ses choix.



Afin de pouvoir être réactif dans la proposition de relogement, différentes solutions ont été proposées ; il peut s'agir d'avoir en permanence un ou deux appartements disponibles ce qui donne de la souplesse mais augmente la vacance sur le dispositif ; d'avoir des logements dits « tampons » qui peuvent être proposés en particulier dans les zones tendues lorsqu'un déménagement s'impose ; ou d'avoir recours à des nuitées d'hôtel. Ce dernier dispositif a pu être utilisé et a permis de résoudre certaines situations de crise même s'il n'est pas à recommander comme mode d'habitat sur le

long terme car ne rentrant pas dans les principes du logement d'abord. D'autres solutions peuvent être envisagées suivant les territoires. (Exemple de lieu de répit à Marseille)

G. Etre locataire en titre

Le contrat de location ou sous location est signé en général pour une durée de trois ans. En cas de contrat de sous-location, l'organisme gestionnaire vise à proposer un bail direct afin que la personne puisse devenir locataire en titre de son logement. Accéder à un bail direct ne s'accompagne bien sûr pas d'une rupture de l'accompagnement. Comme indiqué dans le décret, il n'y a pas de durée prévisionnelle à l'accompagnement mais sa pertinence devra être réévaluée au moins une fois par an avec la personne ni de conditionnalité entre logement et accompagnement.

L'accès à un bail direct s'envisage dès le début de l'accompagnement ; il doit être préparé avec la personne d'autant plus si celle-ci n'a jamais été dans cette situation ; il doit être aussi anticipé avec le propriétaire dès la signature du bail de sous-location car l'idéal c'est que la personne une fois installée reste dans le quartier qu'elle connaît. Dans certains cas des solutions alternatives d'habitat devront être trouvées avec la personne ; enfin un accès au logement social est recommandé suivant les situations soit pour des raisons économiques soit pour des raisons de taille de logement soit enfin selon le choix de la personne.

Lorsqu'un locataire décide de quitter le programme en cours d'accompagnement et en avertit l'équipe, celle-ci doit dans la mesure du possible co-préparer la transition en construisant un projet de sortie. Dans le cas, d'un glissement de bail ou d'un accès direct à un logement en bail direct, les professionnels doivent avoir pour rôle de conseiller le locataire, notamment en veillant à l'existence d'un reste à vivre suffisant.

H. En vrac, quelques points de recommandations

Ces recommandations sont issues de différentes réunions sur la question du maintien dans le logement avec les équipes expérimentales ; elles ne sont pas exhaustives et chaque équipe devra se construire une check-list adaptée à son territoire

1. Le partenariat :

- Développer un partenariat avec la CAF pour réduire les délais d'obtention de l'allocation personnalisée au logement,
- Développer des liens partenariaux avec les services de protection aux majeurs (tutelle, curatelle, MASP)

2. Organisation interne

- Définir une procédure « en cas d'impayé », qui pourra se décliner par différents moyens : courrier, appel téléphonique, mail, rencontre avec le locataire, etc...

- Prévenir l'équipe d'accompagnement des impayés afin d'apporter une attention particulière lors de l'accompagnement sur cette thématique et de s'assurer de la situation administrative de la personne (droits non-ouverts, ruptures des droits, existence d'une mesure de protection...)

3. Vis-à-vis des locataires

- Accepter les différents moyens de paiements pour s'adapter aux situations de chaque locataire ; l'individualisation de l'accompagnement doit aussi être possible dans ce cas (paiement en espèces, mise en place de prélèvements automatiques tous les mois, mise en place de virements, ou par chèque...).
- Sensibiliser les locataires sur les consommations énergétiques, pour diminuer les charges.
- Sensibiliser les locataires à leurs droits et devoirs en particulier sur le paiement du loyer
- Réfléchir en équipe et avec la personne lorsqu'elle est en situation d'impayés avec une dette importante, alors même qu'elle a des ressources suffisantes
- Sensibiliser les locataires sur l'importance d'entretenir leur logement pour leur bien-être et leur sécurité
- Expliquer aux locataires le rôle du document attestant de l'état du logement à l'entrée
- Mener avec le locataire concerné voire avec plusieurs locataires, des ateliers-travaux pour réaliser de petits travaux
- Développer des actions avec les locataires dans le cadre de l'insertion professionnelle pour réaliser des travaux dans des logements dégradés
- Informer le locataire sur le règlement de la copropriété ou de la résidence sociale où est situé leur appartement,
- Sensibiliser les locataires sur les nuisances, dues à leur manière d'habiter, qu'ils peuvent entraîner sur leur voisinage,
- Réaliser un suivi des incidents, suite à un incident grave ou une succession d'incidents mineurs, le locataire peut être vu avec l'équipe en charge du volet logement et celle dédiée à l'accompagnement,
- Mobiliser différents canaux pour apaiser les conflits,
- Essayer d'intervenir le plus en amont possible des tensions de voisinage, avec l'accord du locataire, pour apaiser les conflits,
- Etablir des procédures au sein des équipes sur les actions à mener lors d'incidents graves.

V) Accompagner les personnes accueillies

L'accompagnement réalisé par le dispositif « Un chez soi d'abord » répond aux obligations de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 et devra aussi respecter les principes clés du dispositif tels que nous les avons présentés dans les chapitres précédents, en particulier : viser le rétablissement en santé mentale, le respect des choix de la personne, la reconnaissance de son expertise concernant son parcours et sa santé et proposer l'absence de conditionnalité entre accompagnement et logement.

Afin de répondre à ces différents challenges, l'équipe devra respecter un modèle d'organisation dénommé : équipe de suivi intensif ou assertive community treatment (ACT) en anglais. En effet, historiquement c'est outre-Atlantique que ce type de modèle s'est implanté maintenant depuis plus de 30 ans avec des résultats très positifs pour les patients. Il s'agissait en effet de proposer des soins pour les personnes souffrant de troubles psychiques sévères au sein même de la communauté. On trouve là ce qui a prévalu aussi à la création du secteur en France dans les années 1960 nous en reparlerons plus avant. Pour les patients ayant des troubles modérés, un autre modèle existe le case management ou management de cas ou ICM intensive case management qui lui est un peu plus connu en France notamment dans le cadre des suivis de cas en gériatrie (MAIA⁸³ : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie).

A. Généralités sur les modèles de suivi intensif et modéré : ACT et ICM

1. Historique des modèles déployés outre-Atlantique

Le modèle ACT est largement connu et déployé dans les pays anglo-saxon ; il vise à apporter des soins de santé mentale mais aussi un large éventail de service aux personnes souffrant de troubles psychiques sévères au sein de la communauté ; nous emploierons cette terminologie dans ce chapitre en référence à un soin apporté directement sur le lieu de vie de la personne à l'opposé du soin dispensé à l'hôpital ou en institution ; en France nous parlons plus de soins dans la cité.

Le modèle ACT est né dans les années 1970 à Madison dans le Wisconsin sous le nom de Training in Community Living program à l'initiative d'un groupe de cliniciens hospitaliers. Les patients faisaient des allers et retours fréquents entre le domicile et l'hôpital car chez eux la prise en charge n'était pas efficace ; il s'agira alors pour ces médecins de renforcer le suivi au domicile et ils créèrent une community-based team sur le modèle des équipes hospitalières pour aller au domicile des patients afin d'assurer le suivi médical. Depuis, ce modèle a fait l'objet de nombreuses recherches et il s'est avéré très robuste et efficace pour l'accompagnement des personnes avec troubles psychiques sévères, d'où son large développement. En pratique le modèle ACT est une équipe pluridisciplinaire (psychiatre, infirmier, travailleur social, spécialiste des addictions, spécialiste de l'emploi, etc...) avec

⁸³ <https://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maia>

une approche de multi-référence, des visites dans la cité, un suivi intensif et des fréquents contacts possibles avec les personnes, un travail d'aller-vers, une astreinte en cas de crise et une durée d'accompagnement non bornée dans le temps. Plus récemment le US Health and Human services' Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) a qualifié le modèle ACT d'evidence-based practice ; ce modèle est préférentiellement réservé au suivi des personnes présentant des troubles de l'Axe 1 (DSM4) comme la schizophrénie, les psychoses, les troubles bipolaires et les dépressions majeures. Classiquement les équipes ACT n'ont pas de volet logement. Le modèle type « pathways to housing » développé par Sam Tsemberis Ph.D ont quant à eux la particularité d'associer un accès direct au logement depuis la rue avec un suivi au domicile par une équipe ACT. Il a montré son efficacité tant sur le maintien dans le logement que sur le volet santé ; c'est le modèle actuellement recommandé internationalement, et l'article de Hwang W et all publié dans le Lancet en 2014 met en exergue des points suivants : «(1) Le suivi intensif dans la communauté (ACT) pour les personnes vivant avec un trouble psychiatrique sévère améliore l'accès au logement et diminue les symptômes psychiatriques, (2) l'offre de logement avec un soutien en santé mentale est supérieure aux soins de santé mentale seuls, (3) l'intervention de type Logement d'abord, avec mise à disposition immédiate de logements de type unités indépendantes (logement ordinaire) avec un accompagnement permet une évolution favorable pour les personnes atteintes de maladies mentales graves⁸⁴ » Le modèle ACT initialement centré sur une pratique hospitalo-centrée s'est progressivement élargi et a maintenant pour objectif d'apporter des soins qui sont orientés rétablissement.

Le modèle ICM ou case management est beaucoup plus ancien mais ce n'est qu'en « (...) 1974 que l'appellation officielle case manager voit le jour. Loin d'être une pratique réservée à une seule profession, elle s'inscrit également dans l'histoire des soins infirmiers américains, qui développent des mécanismes de coordination pour assurer aux populations défavorisées l'accès aux services de santé. Il s'agit d'un processus d'interaction entre un réseau ayant à dispenser des services de façon efficace et des clients ayant à les recevoir de manière efficiente. La connotation administrative de cette définition illustre que le case management est d'abord une technique de gestion sociale qui vise à coordonner les services pour résoudre la problématique de la fragmentation des services face aux besoins complexes d'une personne⁸⁵. ». Il s'agit donc d'une équipe de travailleur social le plus souvent qui fonctionne selon un principe de référence et accompagne la personne vers les services du droit commun. Le case management vise des personnes avec des troubles modérés. Le ratio est de 1/20 soit le double des équipes de suivi intensif. Dans les équipes de type « housing first » le modèle ICM a été

⁸⁴ Lancet. 2014 Oct 25;384(9953):1541-7. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61133-8. *Health interventions for people who are homeless*. Hwang SW(1), Burns T(2).

⁸⁵ In https://fr.wikipedia.org/wiki/Case_management

adapté afin de répondre au mieux aux besoins des personnes en particulier sur l'intégration dans le logement et sur la promotion de soins orientés rétablissement en santé mentale ; le respect du choix des personnes et l'accompagnement très individualisé sont inhérents au modèle.

Les deux modèles ont été utilisés dans les programmes de « housing first » aux USA et au Canada répondant à des publics différents ayant soit des besoins élevés soit des besoins modérés et à chaque fois l'importance est mise sur le respect du choix des personnes ; la leçon essentielle qui est rapportée par les professionnels est que des personnes qui pouvaient sembler incapable de prendre des décisions pour eux même, ont pu exprimer leurs désirs et arriver à leurs objectifs si on axe l'accompagnement à partir de leurs propres choix. Le chemin du rétablissement en santé mentale est long et très personnel. La plupart du temps les personnes ont subi des traumatismes multiples, ont été stigmatisées et ont perdu espoir et confiance dans leurs propres compétences ; c'est aux professionnels de construire une relation de confiance et d'être aux côtés des personnes pour leur permettre d'à nouveau avoir espoir en l'avenir.

2. Les spécificités en France

La sectorisation en psychiatrie mise en œuvre en 1960 propose une répartition géographique des services de soins en santé mentale avec pour chaque secteur un volet hospitalier et un volet ambulatoire qui doit permettre aux patients un accès aux soins dans la cité. Le modèle n'est pas celui d'une équipe ACT ou ICM mais il propose des visites au domicile par des infirmiers du secteur et des consultations médicales dans des centres de soins ou centres médico-psychologiques situés au sein de la ville. Comme nous l'avons vu en première partie de ce document, la sectorisation en psychiatrie n'a pas été menée à son terme et l'hospitalisation reste souvent le seul recours en situation de crise.

B. Le fonctionnement de l'équipe d'accompagnement

1. Principes d'intervention en équipe pluridisciplinaire

a. Composition de l'équipe

L'équipe du dispositif « Un chez-soi d'abord » est pluridisciplinaire. Elle doit à minima comporter 8 types de professionnels ou fonctions que nous allons détailler dans ce chapitre. Chacun des professionnels a une compétence métier : infirmier, médecin, travailleur social, médiateur de santé pair, etc... mais il doit assurer une fonction transversale d'accompagnement généraliste. Cet accompagnement est guidé par la personne elle-même et s'appuie sur son plan individuel de rétablissement. La première phase lors de l'entrée de la personne dans le dispositif va en général être centrée sur son installation dans le logement et son appropriation de ce nouveau lieu ; la création d'un lien de confiance fort est le préalable à un accompagnement de qualité. Comme nous le verrons plus avant, les professionnels font des visites au domicile en binôme et lors de ces visites ils ne sont pas là uniquement pour leur fonction « métier » ; au contraire c'est bien en répondant quel que soit leur

métier à la demande de la personne que la relation s'instaure et qu'ils pourront plus aisément dans un second temps l'accompagner vers le soin par exemple. Ainsi dans le dispositif il est clair que « tout le monde fait tout » dans le cadre de l'accompagnement généraliste et que chacun exerce sa fonction métier lorsque cela est nécessaire ; il est ainsi laissé à la personne le rôle de « gouvernail » de son accompagnement.

Les différents professionnels présents sont :

- Un (e) cadre coordinateur d'équipe ; comme son titre l'indique, il/elle a pour rôle de coordonner les différents professionnels de son équipe mais il/elle doit avant tout faire preuve de leadership et connaître parfaitement les principes du programme afin de guider son équipe. C'est la personne ressource pour l'équipe. Il/elle doit par ailleurs assurer des visites au domicile comme l'ensemble des membres de l'équipe.
- Un(e) médecin psychiatre ; il/elle assure la coordination des soins et peut être amené à proposer des soins en direct si besoin. Un chapitre plus avant détaille les fonctions médicales sur le dispositif.
- Un(e) infirmier(e) qui peut si besoin assurer des soins en direct.
- Un(e) intervenant(e) compétent en addictologie et réduction des risques ; c'est un interlocuteur ressource pour les personnes et pour l'équipe sur toutes les questions liées à la toxicomanie ; il doit aussi connaître l'ensemble du réseau de soin en addictologie.
- Un(e) médecin généraliste. Il/elle peut être le médecin traitant pour les locataires qui le souhaitent tout en veillant à orienter au plus tôt vers un médecin du quartier où réside la personne. Il/elle est la personne ressource sur les questions de santé somatique au sein de l'équipe. Il assure le lien avec les réseaux de soins.
- Un(e) médiateur(rice) de santé pair MSPui apporte ses compétences issues de son expérience (cf. chapitre suivant).
- Un(e) travailleur(se) social(e). Il/elle doit avoir une parfaite connaissance des ressources qui peuvent être mobilisées (associations, institutions...). Il participe à l'identification des besoins psychosociaux des personnes suivies et veille à l'ouverture des droits sociaux.
- Une personne en charge de la recherche des logements et de l'intermédiation locative dont les missions ont été détaillées dans le chapitre précédent.

En complément, pourront être recrutés d'autres professions issues du champs social sanitaire ou médico-social, notamment un(e) psychologue, un(e) conseiller(e) en économie sociale et familiale en éducation, un(e) conseiller(e) en insertion sociale et professionnelle.

La composition de l'équipe doit permettre au moins un ratio de 1 professionnel pour 10 locataires, qui est caractéristique des accompagnements de suivi intensif.

Les membres de l'équipe pluridisciplinaire peuvent être salariés de l'organisme gestionnaire c'est-à-dire du groupement, d'un de ses membres, ou d'un des organismes avec lesquels il a conclu une convention de coopération, ou exercer à titre libéral dans le cadre d'une convention conclue avec lui.

b. Focus sur les fonctions médicales dans le dispositif

Les médecins assurent outre les missions d'accompagnement généraliste comme tout membre de l'équipe des missions spécifiques de soins, de coordination des soins et comme les autres membres de l'équipe d'accompagnement et de promotion de la santé. Le médecin psychiatre assure par substitution, quand la personne n'a pas de médecin psychiatre référent, cette fonction : diagnostic, élaboration de protocole de soins, prescriptions et suivi. Le médecin généraliste assure, quand la personne n'a pas de médecin traitant, cette fonction.

Ainsi, les médecins de l'équipe « un chez soi d'abord » vis-à-vis des personnes accompagnées :

- Assurent par substitution si la personne n'a pas de médecin traitant, le premier niveau de recours au soin : évaluation de l'état de santé, diagnostic, synthèse de dossier médical, prescriptions, élaboration de protocole de soins, synthèse des soins, gestion et tenue du dossier médical, interprétation des examens complémentaires, orientation vers des spécialistes, information du patient pour la continuité des soins.
- Assurent au sein du dispositif en lien avec l'équipe infirmier, le suivi des protocoles de soins, gestion et tenue du dossier médical, l'orientation vers des spécialistes, l'information du patient pour la continuité des soins.
- Assurent lors des situations d'urgence et/ou de crise la coordination et si nécessaire par substitution la gestion de la situation sur les périodes où il est présent sur le service.
- Portent la responsabilité de la coordination du parcours de soin de chaque locataire soit en direct s'il intervient par substitution, soit en faisant le lien avec les professionnels de santé qui assurent le suivi dans le système de droit commun des locataires. La coordination peut être déléguée aux infirmiers et un protocole sera mis en place dans ce sens.

Vis-à-vis de l'équipe :

- Assurent en lien avec le coordinateur d'équipe la coordination de l'équipe paramédicale sur le volet coordination des soins
- Participent ponctuellement comme les autres membres de l'équipe avec le coordinateur à la mise en place d'une stratégie d'orientation vers le droit commun pour l'ensemble des locataires (travail de réseau, délégation aux infirmiers du travail d'accompagnement et d'information des locataires, etc...) ; d'un système de veille sanitaire (appel aux structures de droit commun, organisation interne, formation des personnels, etc...) ; de la

formation/information des membres de l'équipe et des locataires sur les questions de santé selon les besoins

c. Focus sur la fonction de médiateurs de santé pairs

Le médiateur de santé-pair a une expérience de recours aux soins en santé mentale en tant qu'utilisateur qui doit est complétée soit par une certification au moins de niveau II enregistrée au répertoire national prévu à l'article L. 335-6 du code de l'éducation, soit par une validation des acquis personnels dans les conditions déterminées par les articles D. 613-38 et suivants du même code en vue de l'accès à une telle certification, sous réserve d'un engagement à obtenir celle-ci dans un délai de cinq ans à compter du recrutement, soit, sous réserve de l'avis favorable du médecin psychiatre de l'équipe, par toute autre formation en santé mentale.

Définitions

Le « médiateur de santé pair » prévu au sein des équipes du « Un chez soi d'abord », s'inscrit dans le cadre plus général de l'approche par les pairs. « Cette approche s'inscrit dans une dynamique d'intervention fondée sur la ressemblance entre l'individu portant le rôle d'intervention et celui portant le rôle de bénéficiaire. »⁸⁶ La ressemblance provient notamment d'expériences communes (parcours de rue, addiction, mauvaise santé mentale...). Un pair affiche son parcours⁸⁷. La dynamique d'intervention est construite entre autre grâce à la proximité entre pair et communauté cible de l'intervention.

Mais que définit-on ? Plusieurs noms sont utilisés, chacun porteur de revendications, tant en terme de participation, de représentation sociale, que de nature de dynamique d'intervention associée.

Le terme de « Médiateurs de santé pair », renvoie à l'univers de la médecine, dans une tentative d'inclusion d'une figure tierce dans une relation médecins/patients jugée trop inégalitaire. L'enjeu est autant celui d'une professionnalisation des médiateurs que celui du développement d'une autre représentation citoyenne du malade. La notion de « Travailleur pair » renvoie à des approches comparables, mais suggère également que l'objectif à atteindre est la création d'un nouveau métier. La notion de « Pair aidant » est plus ambiguë, avec par exemple de nombreuses critiques en

⁸⁶ « L'intervention par les pairs. Un enjeu multiple de reconnaissance » (Extrait du chapitre de C. Bellot et J. Rivard), dans *Les transformations de l'intervention sociale. Entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités ?* sous la direction de E. Baillergeau et C. Bellot, Presses de l'Université du Québec, 2007, p. 175.

⁸⁷ Cette proposition semble en grande partie partagée par les acteurs cherchant à définir la pair aidance. Lorsque le parcours n'est pas affiché, par exemple dans le cas d'anciens toxicomanes qui feraient de la prévention sans exposer leur vécu, nous ne serions alors pas dans de la pair aidance.

gérontologie sur la notion d'aidant, renvoyant la personne « aidée » à son statut de personne fragilisée et la personne « aidante » en mal de reconnaissance d'une véritable compétence.⁸⁸

Bien que cette proposition ne fasse pas consensus, il est possible de distinguer la pair aidance (le recours à un pair au sens large, sous la forme de bénévolat, de salariat...) et le travail pair (sous-groupe qui concerne uniquement les pairs ayant un contrat de travail).⁸⁹

Historique

Le premier exemple connu d'un patient guéri ayant fait partager son expérience au bénéfice d'autres patients serait français : Jean-Baptiste Pussin, « gouverneur des fous » de l'hôpital Bicêtre⁹⁰. Dans les années 1790, il a influencé Pinel, et la libération des malades mentaux de leurs chaînes à la Salpêtrière lui doit beaucoup⁹¹. Les groupes de soutien et d'entre-aide se sont développés avec les associations de malade dans les années 1930, sur le modèle des Alcooliques Anonymes, dans des pays ayant une tradition de *self-care* (ensemble des soins non dispensés par les professionnels de santé) et de *self-health* (style de vie adopté pour préserver la santé). Les premières pratiques d'intégration de pairs aidants salariés ont ainsi été réalisées aux Etats-Unis, avec le financement par l'Association Nationale des Directeurs de Programmes d'Etats pour la Santé Mentale d'un programme d'embauche de travailleurs pairs aidants en 1989. En France, l'épidémie de Sida remet en cause la relation patient-bénéficiaire et des associations d'auto-support se créent dans les années 80. La FNAPSY est créée en 1992, conduisant à une représentation directe des usagers en psychiatrie. La loi du 11 février 2005 permet la création de groupes d'entraide mutuelle. Cependant, le concept de pair aidant a du mal à émerger. Dans le contexte du VIH/Sida et de la lutte contre la toxicomanie, des associations emploient des patients en tant qu'animateur de prévention, mais sans nécessairement qu'ils fassent part de leur propre expérience. Dans le domaine de la santé mentale, les premières tentatives de promotion de pair aidants salariés sont récentes, avec l'équipe MARSS à Marseille en 2007 (intégration de travailleurs pairs en 2005), puis les expérimentations du programme *Un Chez Soi d'Abord* (2011) et du *Programme Médiateurs de Santé Pairs* (2012), accueillant tous deux des travailleurs pairs et assortis de programmes de recherche rigoureux.

⁸⁸ C. Laval, J. Mantovani, D. Moreau, P. Rhenter. « *Un chez soi d'abord* », rapport final du volet qualitatif. Document de travail.

⁸⁹ Fiche de proposition pour le projet « Développement du travail pair sur l'agglomération grenobloise » de l'Association Relais Ozanam, réponse à l'AAP « innovation sociale dans le champ de l'hébergement et l'accès au logement ». Disponible en ligne.

⁹⁰ Atteint de la tuberculose, il aurait été certifié « incurable » à Bicêtre puis se serait impliqué dans la vie de l'hôpital et aurait été promu à différents postes jusqu'à devenir « gouverneur des fous ». Au-delà de son statut d'ancien malade, il aurait surtout recruté une partie de son personnel parmi les malades guéris ou convalescents. Une description plus rigoureuse peut-être trouvée dans M. Didier (2006), *Dans la Nuit de Bicêtre*, Gallimard.

⁹¹ Le Cardinal P., Davidson L., Finkelstein C., Roelandt JL., Daumerie N., 2010, Participation de patients rétablis aux interventions dans les services de soins, p. 1-16 PLURIELS n°85-86.

Des initiatives se sont développées dans d'autres pays. Citons par exemple les « experts du vécu » en Belgique. Le « Rapport général sur la pauvreté » de 1995 a dans ce pays conclu à la nécessité d'une politique de plus grande inclusion des plus précaires dans les processus décisionnels les concernant. Le Conseil des ministres a donc décidé en 2004 de recruter des experts du vécu dans différents services publics fédéraux. Deux personnes ont été recrutées en novembre 2004, puis 16 autres en 2005 au sein de neuf services différents.

Apports des MSP

Deux grands axes sont particulièrement ciblés dans l'apport des MSP

- La réduction des risques (au sens large du terme et pas seulement relative au champ de la toxicomanie). Le travail pair peut enrichir les pratiques d'intervention, transformer les représentations des partenaires vis-à-vis des personnes accompagnées.
- Le rétablissement en santé mentale : en valorisant le savoir expérientiel qui pourrait à priori être perçu comme disqualifiant ou dévalorisant, le travail pair renverse le stigmate et concourt à ce processus de rétablissement.

Ces objectifs sont possibles grâce aux capacités spécifiques du MSP qui est en capacité de réduire la distance thérapeutique, de parler à la fois la langue du locataire que la langue de l'accompagnant, qui permet de mettre en confiance les personnes accompagnées, « créer du lien de compréhension », de permettre une identification réciproque, qui peut donner de l'espoir pour son rétablissement, d'utiliser un savoir expérientiel, qui permet d'aborder les thématiques de l'accompagnement sous un angle différent que celui qui a pu être choisi par les professionnels du social et du médico-social.

Globalement, les résultats de la recherche convergent pour dire que les pairs-aidants ont un impact significatif : dans l'intervention précoce⁹², dans l'accès aux soins des personnes mal insérées dans un parcours de soins⁹³, dans la réduction des ré-hospitalisations^{94 95}.

L'enjeu est autant celui d'une professionnalisation des médiateurs que celui du développement d'une autre représentation citoyenne du malade.

⁹² Sells, D,L, Davidson, L, Jewell, C, Falzer, P, Rowe, M. The Treatment relationship in Peer-based and Regular Case Management for Clients with severe mental illness. *Psychiatr Serv*, 2006 ; 57 : 1179-84.

⁹³ Scottish Government. Evaluation of the Delivering for Mental Health Peer Support Worker Pilot Scheme. Scottish Government, Social Research, 2009.

⁹⁴ Lawn, S, Smith, A, Health Peer Support for Hospital Avoidance and Early Discharge: an Australian Example of Consumer Driven and Operated Service. *J Ment Health*, 17 : 498-508, 2008

⁹⁵ Min SY, Whitecarft J, Rothbard A, Salzer MS. Peer support for Persons with Co-occurring Disorder and Community Tenure: A Survival Analysis. *Psychiatr Rehabil J*, 2007 ; 30 : 207-13

2. Principes d'intervention dans le cadre du suivi intensif

Le modèle ACT nous l'avons vu précédemment, comprend plusieurs critères : l'interdisciplinarité de l'équipe, une approche de multi référence, un faible ratio professionnel/patient : 1/10, un travail dans la communauté, des contacts intensifs, une démarche d'aller vers, une intervention y compris lors des crises, un suivi autant que de besoin.

La pluridisciplinarité est un aspect majeur du travail des équipes au sein du modèle. Le dispositif a pour vocation de décroïsonner les pratiques professionnelles : « tout le monde fait tout » dans le cadre de l'accompagnement généraliste. Il s'agit d'un principe de responsabilité conjointe au sein de l'équipe ce qui peut varier beaucoup vis-à-vis d'une équipe de soin en psychiatrie où la responsabilité incombe au psychiatre. Les différents professionnels partagent leurs outils et leurs informations au service de la personne qui est activement sollicitée pour conduire son plan de rétablissement. L'équipe s'appuie sur les principes du rétablissement ce qui l'a aussi est très différent d'une vision clinique classique de psychiatrie. Le choix est un axe majeur et la fréquence des rencontres peut être variable dans le temps. D'une ou deux par jour en situation critique à une par semaine en routine mais parfois lorsque tout va bien et que la personne le souhaite les visites peuvent s'espacer à une toutes les deux semaines.

Les idéaux de référence de l'équipe sont ceux d'horizontalité, d'innovation et de créativité dans le travail.

3. Les notions de multi référencement et d'horizontalité

L'appropriation du modèle ACT par les équipes françaises a été l'occasion de réinterroger la norme de la référence classiquement ancré dans les pratiques sociales et médicales actuelles. « Elles reconfigurent la « référence professionnelle », c'est-à-dire le type de relation qui lie professionnels et locataires dans la durée d'un « suivi ». (...) Les professionnels des équipes dédiées sont passés par une période inaugurale de rejet radical d'un professionnel référent (non référence ou pluri référence absolue), puis ont forgé la notion de multi référence. »⁹⁶. De plus, les équipes ne s'organisent pas non plus en fonction de l'origine professionnelle de ses membres.

⁹⁶ Extrait rapport qualitatif.

Quelques définitions :

Pluri professionnalité : Mise en commun de différents corps de métier. L'équipe pluridisciplinaire vise une complémentarité et une mise en synergie des qualifications professionnelles.

Spécialisation : Division des tâches en fonction des qualifications et des compétences acquises. Le risque associé est le cloisonnement des métiers. Globalement, les qualifications n'ont pas beaucoup changé du début à la fin du programme, même si des interrogations demeurent sur la pertinence de certaines professions dans le programme (alcoologue ou médecin généraliste par exemple).

Multi référence : La multi référence correspond à une culture et une pratique située. Elle prend sens dans une orientation de travail qui vise à faire vivre une politique de rétablissement. C'est une culture commune, « de ne pas oublier que le cœur de la pratique consiste à comprendre collectivement ce que la personne demande à l'équipe et non pas que sa demande soit construite en miroir des supposées qualifications professionnelles de chacun ».

Extrait rapport qualitatif

Le modèle dit de « multi-référence » repose sur les principes suivant :

- La multi référence nécessite une organisation de travail pluri professionnelle.
- Chaque corps de métier garde son identité et sa spécialité.
- Dans le temps de la rencontre avec l'utilisateur, chaque professionnel est substituable.
- Le modèle de la fonction d'encadrement est celui de la coordination et de l'innovation
- Le principe de la multi référence facilite la construction d'une logique de parcours de l'utilisateur.
- Les professionnels en multi référence sont dé-spécifiés dans leur fonction mais peuvent aussi se spécialiser au fur et à mesure de l'identification par l'équipe de besoins nouveaux.
- Chaque fois que le modèle devient trop pyramidal, le principe de multi référence est écorné. Sans utilisation des nouvelles technologies de l'information, la multi référence n'est pas réalisable.
- La multi référence est plus une culture d'équipe qu'une technique d'intervention : le point de vue des locataires sur les pratiques qu'elle induit est essentiel.

Ce décroisement des pratiques professionnelles s'accompagne de binômes tournants. Les locataires reçoivent indistinctement les membres de l'équipe, la référence est donc réalisée « en équipe », sauf si la poursuite de certains projets nécessite un professionnel particulier. Le principe d'« horizontalité » fait référence à la constitution d'équipes non hiérarchisées et à la promotion d'une répartition indifférenciée des tâches.

■ Le principe « d'horizontalité » dont se réclame les équipes d'un chez-soi d'abord, renvoie à la constitution d'équipes moins hiérarchisées et à la promotion d'une répartition indifférenciée des tâches. **Dans les premiers temps** du programme, « tout le monde fait tout », c'est-à-dire que les **tâches peu spécifiques** consistant à installer les sous-locataires dans leurs meubles sont **réparties** de façon indifférenciée au sein des équipes. On observe également des **échanges de compétences simples** (demande d'aide au logement, accompagnement à des rendez-vous médicaux...) entre professionnels, ce qui entraîne de l'apprentissage mutuel.

Une fois que les personnes ont pu faire face à l'entrée dans le logement et aux questions matérielles et administratives qui l'entourent, les questions médicales font jour. Le principe de l'horizontalité connaît des limites lorsqu'une situation requiert des savoirs spécialisés (exemple : coordination de rendez-vous médicaux autour d'une situation somatique complexe avec plusieurs pathologies intriquées), ou relève d'un encadrement légal précis (ex. : prescription médicale). Des professionnels ont un **sentiment de perte de sens par rapport à leurs compétences propres ou d'effectivité de l'action**, ce qui conduit à une **re-spécialisation** de l'activité, qui permettrait aux professionnels d'avoir une « prise » sur l'activité à partir de leurs compétences spécifiques (compétences métier ou savoir expérientiel).

■ L'anticipation d'une possible **situation d'urgence** peut être une **limite à la transversalité des tâches**. Cette limite est accentuée sur l'un des sites sous le terme de **risque judiciaire** pour les médecins. La responsabilité des professionnels est susceptible de ne pas être engagée de la même manière selon leur profession. Ce « risque médico-légal » prend plus ou moins de place selon les expériences antérieures des médecins et du poids qu'ils accordent à ce risque.

■ En prenant l'exemple des médecins du programme, on s'aperçoit que certains font le choix d'une activité dé-spécifiée, tout en alternant des moments peu spécifiques (ex. : accompagnement pour l'achat de meuble) et plus spécifiques (ex. : coordination des soins, voire examen-prescription). **La question porte alors sur la part des activités « spécifiques »**, plus que sur une spécification ou une dé-spécification. **La nature des activités « spécifiques »** est toute aussi importante : un médecin généraliste développant sa conception de la vision médicale dit que « *[L'équipe dédiée] n'est pas une structure médicale, ce n'est pas un centre de soin. Je ne me substitue pas [aux médecins traitants]* » et que « *Il s'agit de faciliter l'accès au soin, pas de faire des ordonnances* ».

La multi référence consisterait à « comprendre collectivement ce que les personnes demandent à l'équipe ». Les critiques externes qui portent sur « la confusion des rôles » et le risque notamment pour les médecins de négliger l'urgence en l'absence de « demande du patient », sont justement accusées en interne au programme de ne pas comprendre le principe de suivre le choix des personnes. Il s'agit alors d'analyser comment les équipes s'approprient elle-même ce principe, dans quelle mesure il décale leurs pratiques professionnelles, et les limites qu'il rencontre. Extrait du rapport qualitatif

b. La boîte à outil de la multi-référence⁹⁷

La pratique de la multi-référence nécessite de profonds changements dans l'organisation des équipes. Voici listées un certains nombres d'entre eux que nous détaillerons plus avant dans les chapitres suivants.

- La communication.
- La convivialité entre membres de l'équipe (absence de bureau individuel, grande pièce dans un local utilisé comme lieu d'échanges entre professionnels).
- La conversation (rencontres formelles, réunions, temps informels).
- L'internet comme extension de la communication (permet de transmettre les informations importantes d'un jour à l'autre).
- Les tableaux Velléda comme « mémoire vive » de l'équipe :
 - o Un qui concerne les personnes suivies par l'équipe avec les objectifs du moment, ce sur quoi les locataires se focalisent, les urgences ou le changement de situation, les jours de visite prévue dans la semaine, etc.
 - o Un autre destiné aux professionnels et à l'organisation de la journée au quotidien
- Le logiciel informatique comme « disque dur » permettant de saisir les rencontres avec les personnes.
- Les dossiers papiers pour la gestion de l'administratif. L'équipe devient une unité pensante au service de la personne qui partage les décisions et participe ainsi à son rétablissement.
- La transversalité et la valorisation des compétences (qui ont toutes la même valeur).
- Le binôme comme pierre angulaire. Il se crée le matin-même, se forme pour une demi-journée, change d'un jour à l'autre. Tout le monde travaille avec tout le monde, tout le monde rencontre tout le monde. D'une semaine à l'autre un professionnel du binôme reste le même tandis que l'autre change.
- La réunion « pivot » du matin pour organiser la journée.
- Les « rendez-vous fixes » comme points de repère pour les personnes et pour l'équipe, à l'endroit souhaité par la personne, avec programmation des points à traiter lors des rencontres d'une semaine sur l'autre lorsque c'est possible et que la personne le souhaite.

Ainsi on le voit la communication est un point mis en avant est qui est essentiel au bon fonctionnement de l'équipe ; elle se fait entre tous les membres de l'équipe et propose deux grandes modalités : d'une part une réunion du matin autour de tableaux Velléda avec une information visuelle

⁹⁷ Bosetti T., Bouloudnine R., *On the Road to Recovery - Construction of a Practical Toolbox in « un chez soi d'abord »* Marseille, Revue de la Feantsa, Issue N°20 – winter 2014-15.

et d'autre part l'utilisation d'outils de communication nomades : smartphones, tablettes, etc... pour partager l'information en continue.

D'une certaine façon, c'est cette architecture de communication qui fait office de structure à une équipe hautement flexible et qui doit répondre de façon différenciée pour chacune des personnes accompagnées.

3. Réunions et outils de communication qui structurent la pratique

Le fonctionnement de l'équipe est structuré autour d'un emploi du temps régulier et immuable. L'axe central est la réunion du matin.

a. La réunion du matin

Tous les matins, l'ensemble de l'équipe est rassemblé entre 9h et 10h. Elle dure au maximum 60 minutes. Chacune des personnes accompagnées est passée en revue de façon systématique. A tour de rôle un des membres de l'équipe mène la réunion debout près du tableau Velléda. Un professionnel est sur l'ordinateur avec accès aux dossiers de suivi des personnes, un autre a les informations de l'astreinte de la veille et enfin un dernier note les visites, téléphones et autres actions à mener dans la journée. Une grande rigueur est nécessaire afin de pouvoir mener à bien dans le temps imparti la réunion.

L'objet de la réunion est de partager les informations principales sur chaque personne : de revoir le statut des locataires vus la veille et à voir le jour même et de mentionner les faits saillants de la journée précédente. L'analyse doit durer seulement quelques minutes et demeurer purement factuelle. Le suivi des locataires se matérialise sur de grands tableaux blancs, comprenant toutes les personnes accompagnées. Sont inscrits pour chaque personne le jour de la dernière ou de la prochaine visite, ainsi que l'objet des visites. Il est nécessaire de faire le tour des appels reçus à la permanence, des courriers et des mails reçus, afin de partager l'ensemble des informations à tous les membres de l'équipe. La fonction principale de cette réunion du matin est que chaque membre de l'équipe ait toutes les informations nécessaires sur les besoins et objectifs des personnes accompagnées. Si lors de la réunion une question complexe se pose nécessitant un temps long de réflexion, cela se fait après la réunion du matin entre un nombre restreint de professionnels qui forment alors une mini-équipe. Nous y reviendrons.

A la fin de la réunion, pour chaque personne il a dû y avoir : un point sur les faits nouveaux depuis la veille, un bref temps de discussion sur le suivi, l'agenda de la journée, une mise à jour de l'agenda de la semaine ou du mois suivant les situations, un partage d'information.

Avant la clôture de la réunion, les binômes sont organisés avec les professionnels présents et la répartition des tâches est organisée : visites, accompagnements, cop de téléphone, autre... Ensuite l'ensemble de l'équipe part en visite à l'extérieur.

Si des mini-équipes doivent s'organiser ce sera dans la ½ heure qui suit la réunion du matin.

b. Les mini-équipes

Elles ont pour objectif de traiter une question qui demande une discussion plus approfondie concernant une personne accompagnée ; sont présents à la mini-équipe l'intervenant pivot (nous reviendrons sur ce terme) et deux membres de l'équipe particulièrement concernés (par exemple s'il s'agit d'une question médicale, il y aura un médecin ou un infirmier, s'il s'agit d'une question de droit cela sera le travailleur social) sur la situation ainsi que le coordinateur de l'équipe. La réunion de la mini-équipe ne doit pas durer plus de 30 minutes et fait l'objet d'un relevé de décision qui est mis dans le dossier informatique de la personne ou sur le tableau Velléda en fonction de son niveau et de son importance.

c. L'intervenant pivot

Etroitement lié au fonctionnement en multi-référence et aux mini-équipes, il est possible de nommer pour chaque personne accompagnée un intervenant dit « pivot ». Celui-ci n'a pas une fonction de référent mais il est en charge de veiller pour un nombre donné de personne à la bonne tenue du dossier, à ce que le plan de rétablissement soit fait et à ce que les mises à jour des droits soient faites en temps et heure. Toutes les équipes ne l'ont pas mis en œuvre mais c'est un « outil » important pour la fluidité du travail. Son rôle est donc uniquement d'une certaine façon administratif et interne à l'équipe. Il va assurer une veille sur les dossiers et les situations.

d. La réunion hebdomadaire

Elle est réalisée une fois par semaine, généralement sur une demi-journée définie. Elle rassemble tous les membres de l'équipe. C'est un moment d'échange sur les situations des personnes soit les situations complexes mais aussi les progrès et les réussites car pour accompagner les personnes dans leur parcours de rétablissement il est important de ne pas être toujours orienté vers les problèmes et difficultés mais aussi en tant qu'équipe savoir comprendre ce qui marche et ce qui permet à l'équipe d'être efficace.

La réunion a aussi un temps d'échange d'information notamment sur le réseau de partenaire ; certaines équipes ont proposé de recevoir sur la première heure de réunion des partenaires pour faciliter les liens de travail. Mais plus largement cela permet de traiter des diverses questions d'organisation interne.

e. Les « staffday »

Ce terme a été volontairement gardé par les équipes même si c'est un anglicisme. Il s'agit d'une journée de cohésion et de ressourcement pour l'équipe. Elle est organisée tous les 3 à 4 mois avec l'ensemble des membres de l'équipe. Sous sa forme originale elle comprend une matinée de détente avec une activité ludique (Karting, accrobranche, etc...), un déjeuner convivial et une après-midi de travail qui porte en général sur un apport de formation continue sur un thème choisi, un travail de

discussion sur l'organisation et les pratiques professionnelles, un temps de réflexion sur des événements indésirables ; il s'agit à la fin du staffday d'avoir des propositions applicables et évaluables pour les prochains mois.

4. La communication écrite

Le succès de la modalité de multi référence est étroitement liée à la qualité de la communication au sein des membres de l'équipe. Elle doit être fluide et factuelle. D'une certaine façon ce mode d'organisation permet d'être dans une dynamique dont l'objectif est de laisser la main à la personne pour qu'elle soit maître de son parcours de rétablissement. Le vocabulaire est très important et par exemple il ne s'agit plus de prise en charge mais bien d'accompagnement ; de même lors des réunions et dans les compte-rendu tous les termes qui « caractérisent » la personne seront à enlever ; il est possible de caractériser une action mais non une personne afin de réduire au maximum les effets de stigmatisation.



Être vigilant à la sémantique avec est un point essentiel pour le changement des pratiques ; une équipe avait un « dong » que chacun pouvait actionner s'il y avait dans les propos un manquement à la vision « rétablissement ».

a. Les tableaux Velléda

Ils sont de trois ordres : le tableau avec la liste des personnes accompagnées et les informations les concernant, le tableau relatif au planning de l'équipe avec les binômes quotidiens et leurs visites et activités respectives sur la journée, un tableau d'information générale où notamment sont notés les points à discuter lors de la réunion hebdomadaire. Des photographies des différents tableaux sont proposés comme exemple en annexe.

Le tableau relatif aux personnes doit présenter des informations très synthétiques. Une case pour chaque personne qui comprend son prénom et première lettre du nom, les jours de la semaine en face, avec l'indication du jour pour la visite hebdomadaire, un espace pour noter une ou deux informations importantes en cours. Les différentes équipes ont trouvé des modes d'organisation variable de leur tableau car il est nécessaire que les membres de l'équipe s'approprient cet outil ; quoiqu'il en soit l'ensemble des informations doivent être présentes et lisibles ; les tableaux sont le cœur de l'organisation. Lors de la réunion du matin la personne qui anime et qui lit les informations peut être amenée à les effacer ou à en ajouter de nouvelles suivant la situation de la personne. Cela permet aux professionnels qui ne sont là qu'à temps partiel d'avoir rapidement accès à l'information sur les personnes accompagnées. Cela diminue aussi le temps de transmission orale des informations.



La confidentialité est un point de vigilance ; ainsi ne sont notés que les prénoms des personnes. Les tableaux doivent être à plusieurs volets pour pouvoir se fermer chaque fois qu'une

personne qui ne fait pas partie de l'équipe est dans la salle de réunion. Les informations écrites doivent rester très factuelles ;

b. Le système d'information

L'essentiel des informations concernant les personnes doivent être renseignées au sein d'un système d'information sécurisé et facilement accessible à tous les membres de l'équipe. Le système d'information doit avoir deux fonctions, d'une part le suivi des personnes ; c'est la mémoire vive du dispositif. Et d'autre part il doit permettre de faire des extractions des données de l'activité et du suivi individuel. C'est un système informatique où les informations y sont classées par personne suivies à la fois sur le volet logement et sur le volet accompagnement.

Chaque professionnel est tenu de rentrer après chaque visite réalisée son compte-rendu pour permettre au binôme suivant de connaître le déroulement de la visite précédente, les sujets qui ont été abordés, et les points à voir lors de la prochaine rencontre.

Durant la phase expérimentale, le logiciel ne permettant pas de rentrer les données sensibles, les documents relatifs à la santé des personnes faisaient l'objet d'un dossier papier à part rangé dans une armoire fermée à clé. Nous recommandons de privilégier un dossier informatique unique avec l'ensemble des éléments concernant la personne. Il est nécessaire de prévoir un système d'alerte pour informer les professionnels lorsque la personne arrive dans la période de renouvellement de ses droits concernant les minimas sociaux par exemple. L'automatisation de ce type d'information est une aide précieuse pour les équipes.



Il est recommandé de réaliser les compte-rendu des visites directement avec la personne sur place à la fin de l'entretien autant que cela est possible ; cela permet de valider avec elle ce qu'elle souhaite de la part de l'équipe et cela aide aussi à être synthétique et transparent.

5. Les outils de communication

a. Les outils de communication nomade pour l'équipe

Pour pouvoir assurer au maximum un travail dans la cité il est nécessaire que l'équipe puisse avoir des outils de communication nomade : smartphone, tablette informatique, téléphone, etc...

Quel que soit l'outil il doit permettre de lire et d'écrire les compte-rendu de visite ; cela est d'autant plus important lors des astreintes où le professionnel est seul à prendre des décisions. Cela permet aussi d'être en lien permanent avec les personnes via le numéro de téléphone de permanence qu'ils peuvent appeler H24 et 7/7 jours ; enfin cela peut permettre lorsque le territoire est très étendu que les professionnels n'aient pas à revenir au bureau pour écrire les compte-rendu de visite le soir.

b. Un coffre-fort numérique pour la personne

Ce type d'outil n'a pas encore été testé dans les équipes expérimentales car ce sont des outils assez récents mais ils sont tout à fait adaptés à ce que promeut le dispositif. Un cloud solidaire type

« Reconnect⁹⁸ » pourrait tout à fait être proposé aux personnes qui le souhaitent. C'est elle qui donne l'accès aux professionnels à ses documents administratifs et cela évite via la numérisation des documents les pertes et ruptures de droits qui en découlent souvent.

6. Quels liens entre professionnels du volet logement et volet accompagnement ?

Il existe une tension positive entre le volet logement et le volet accompagnement ; d'une part l'un n'est pas conditionné à l'autre, mais dans le même temps ils sont interdépendants. En effet, c'est bien parce que la personne est logée qu'elle retrouve un équilibre qui lui permet de s'occuper à nouveau de sa santé et d'autre part c'est parce qu'elle va bien qu'elle pourra investir et s'approprier au mieux son logement.

Concrètement dans le fonctionnement du dispositif les deux volets sont menés par des professionnels différents qui ne partagent pas nécessairement les mêmes points de vue et objectifs en cas de problème locatif d'autant que le volet logement a aussi des engagements vis-à-vis des propriétaires. De même, l'équipe qui réalise l'accompagnement peut avoir des difficultés à comprendre la difficulté de capter des logements, et peut ainsi se sentir frustrée de proposer aux locataires des logements qui correspondent partiellement à leurs besoins. En raison de ces différences, les équipes peuvent avoir l'impression de travailler de façon isolée ou sentir des tensions.

Il faut donc mettre en place des stratégies et des protocoles pour surmonter ces difficultés et en particulier avoir une bonne communication entre ces différents professionnels avec des contacts quotidiens par téléphone, la présence des personnes en charge de la gestion locative aux réunions d'équipe hebdomadaire, aux staffday et aux formations. Chaque semaine un échange d'information devra se faire sur les intégrations à venir pour permettre la gestion des logements vacants, l'occupation des logements : dysfonctionnements, impayés, problèmes techniques, trouble du voisinage, gestion des clés ou des badges..., les informations spécifiques comme les hospitalisations ou les incarcérations, les relogements demandés ou prévue, etc....

Les rôles de chacun doivent être bien définis : l'équipe d'accompagnement intervient dans les domaines de l'accès au soin, de l'aide aux démarches administratives, de l'installation dans son chez soi... L'équipe logement endosse le rôle du bailleur qui permet un accès au logement, mais rappelle aussi les obligations de paiement des loyers, de bien habiter son logement (rappel à la loi ou au règlement de copropriété). L'accompagnement de l'équipe est basé sur le rythme de la personne, pas tout à fait le même que celui du bailleur, qui a des exigences temporelles réelles (vacance des logements, impayés de loyers, problèmes de voisinage...). De réelles interactions ont lieu entre les deux entités qui naviguent chacun en s'adaptant tour à tour au rythme de l'autre en fonction des situations.

⁹⁸ <https://www.reconnect.fr/>

Cette collaboration qui « mélange » des cultures professionnelles différentes, des réseaux, des compétences professionnelles variées et complémentaires, est une réussite en terme d'efficacité et de réactivité. Elle est ponctuée par des ajustements en termes de pratiques et d'usages afin de « coller » au plus près aux problématiques portées par les usagers. Les synthèses, et échanges donnent également une cohérence aussi bien dans la démarches des membres de l'équipe que dans celle de l'équipe logement.

7. Quelques recommandations dans la pratique :

- Clarifier le rôle de chacun des professionnels,
- Etablir des temps rencontres hebdomadaires entre les professionnels en charge du logement et ceux en charge de l'accompagnement,
- Mettre en place des formations communes ou encore les staffday, qui permettent aux professionnels d'aborder des sujets plus vastes : la gestion du budget, la tenue du logement, les projets professionnels,
- S'accorder collectivement sur les réponses à apporter à certaines situations : Quelles réponses apporter à quelqu'un qui ne respecte pas le cadre du bailleur, mais s'implique dans l'accompagnement et avance dans un cheminement positif ?
- Regrouper le personnel sur un même site pour favoriser les échanges,
- Organiser réunions les rassemblant (au moins 1fois/semaine),
- Elaborer des protocoles pour la gestion des situations complexes (comme une relation difficile entre un locataire et son propriétaire).

Vignette : l'évolution des relations entre les équipes

En début de programme l'équipe a adopté une position plutôt extérieure à la gestion des impayés. Les « référents » de chaque locataire étaient informés du montant de la dette des locataires mais n'en faisait pas forcément l'objet d'un travail dans leur accompagnement. L'équipe de gestion locative envoyait les relances des paiements, convoquaient les locataires sans que l'équipe ne soit partie prenante de ces procédures. Si les locataires en parlaient durant un entretien, ou demandaient à être accompagné pour la convocation, l'équipe intervenait pour aider dans la régularisation de la situation. La question du maintien des locataires dans les logements a placé au fur et à mesure le paiement des loyers au cœur de l'accompagnement de l'équipe. Une attention particulière s'est portée vers l'accompagnement des personnes à la gestion de leur budget, à l'orientation vers le droit commun (secours populaire pour colis alimentaire) en étroite collaboration avec l'équipe du volet logement. Cette mobilisation permet notamment sur l'année 2015 de réduire considérablement le nombre de personnes n'ayant jamais payé de loyer (5 en 2014 pour 1 seule en 2015). En revanche nous pouvons observer que la difficulté rencontrée est la régularité des paiements : en 2014, 32 personnes réglaient leur loyer avec régularité contre 24 personnes en 2015. Un travail doit être mené dans ce sens-là pour faciliter l'orientation vers un bail en direct avec les bailleurs sociaux.

Une vidéo présentant une journée ordinaire de « un chez-soi d'abord » est disponible en annexe

C. Un accompagnement individualisé

1. Respect des choix de la personne et accompagnement individualisé

Au sein du dispositif « Un chez soi d'abord », le principe du « choix » est central : choix de se soigner ou pas, choix de son logement, choix de son agenda, etc. La position singulière vient cependant d'un pas supplémentaire qui est de ne pas considérer les personnes uniquement dans leur position d'usagers, ou de bénéficiaires ou de patients, ou d'accueillis, bref de personnes nécessitant une aide ou un soutien au regard d'un problème à résoudre mais de partir des attentes de la personne, et même de ses espoirs, voire ses rêves en s'appuyant sur ses forces et ses compétences. C'est enfin respecter sa parole et lui accorder autant de poids qu'à celle d'un professionnel. Ce n'est bien sûr pas un choix « absolu » comme nous le verrons dans un prochain chapitre.

L'introduction de la perspective du rétablissement induit des pratiques professionnelles dans le champ du « care » dans lesquelles les personnes sont identifiées comme légitimes à définir ce qui donne sens à leur vie et les priorités de leur accompagnement. « Se centrer sur la personne » implique alors de se centrer sur « ses choix » et non sur ce qui est considéré comme étant « bon pour elle ».

Le choix se décline dans tous les aspects de l'accompagnement qu'il s'agisse du lieu de la première rencontre lors de l'entrée de la personne dans le dispositif, ou de ses choix thérapeutiques ou encore dans la possibilité de changer de logement en cours d'accompagnement. Mais le respect du choix passe avant tout par l'attitude des professionnels qui doivent être convaincus de l'intérêt de cette posture. Laisser le choix c'est faire confiance à la personne, c'est croire en ses capacités à faire les bons choix, c'est accepter qu'il ou elle ne réussisse pas mais que cet échec est conjoncturel et servira d'apprentissage pour une autre fois.

Le respect du choix c'est aussi tout simplement donner la possibilité à la personne de pouvoir faire des choix et donc dans un premier temps c'est ouvrir l'espace des possibles. Trop souvent les personnes n'ont eu accès qu'à des choix restreint sans pouvoir réellement se projeter ou faire vivre leur créativité.

Le respect du choix c'est enfin permettre à la personne de faire des choix dans la dignité. Là encore trop souvent les personnes ont eu à faire des choix risqués sans possibilité de retour en arrière. L'accompagnement c'est permettre à la personne de faire ses choix tout en restant digne et respectueuse d'elle-même avec la possibilité de retour ou de second choix.



Croire dans les compétences de la personne est le premier pas nécessaire pour laisser le choix car cela ne peut se faire sans un climat de confiance réciproque. Le professionnel peut de ce fait être amené lui aussi à prendre un risque et il doit donc pouvoir compter sur les autres membres de

son équipe, sur le coordinateur mais aussi les gestionnaires du dispositif. C'est pourquoi l'ensemble des parties prenantes doivent être formés aux principes du rétablissement en santé mentale.

a. Quel impact de l'accompagnement individualisé

Partir du choix de la personne et travailler à partir de son parcours de rétablissement implique de fait une singularité de l'accompagnement. Ce qui vaut pour une personne à un temps *t* ne vaut peut-être pas quelques mois plus tard et ce qui vaut pour l'un ne vaut pas pour l'autre. Ceci demande une grande flexibilité des professionnels qui doivent en permanence s'en référer au sens de l'action plutôt qu'à un protocole bien établi. De plus les marges de manœuvre des professionnels à un instant *t* doivent être importantes. Ils peuvent prendre des décisions importantes lors d'une visite ou d'un accompagnement s'ils sentent que cela est important pour la personne. C'est souvent dans ces moment-là que le lien de confiance se construit. Pour que ce soit possible il faut une forte appropriation des valeurs du modèle par les professionnels et des marges de manœuvres décisionnelles en situation. Les temps de réunion et d'échange sont de fait très importants pour construire la pratique.

b. Les limites du choix

Si le principe central est que c'est la personne qui choisit où et comment elle veut vivre chez elle (sans obligation/contrepartie à accepter des soins en échange et / ou d'arrêter la consommation de drogues illicites et d'alcool), la question du choix reste pragmatique, c'est à dire contrainte par les lois qui s'imposent à tous et les règles qui facilitent le vivre ensemble. La notion de choix dans une réalité contrainte est d'emblée posée par le dispositif au moment du choix du logement ; celui-ci est effectivement lié aux contraintes économiques du futur locataire ce que les personnes comprennent très bien. Mais ce que cela sous-entend c'est que le fait de délivrer un accompagnement ne donne pas un droit de regard aux professionnels sur les choix de vie de la personne ; c'est le droit commun qui s'applique à tous quel que soit sa position dans le dispositif.

Deux questions restent donc posées ; comment accompagner une personne lorsque ses choix lui font prendre des risques importants avec des conséquences négatives pour sa santé, son maintien dans le logement, elle-même et autrui, et la seconde question est comment et quand faire les rappels à la Loi ?

Il faut insister sur la notion de lien de confiance qui doit être tissé avec la personne dans les premiers mois de l'accompagnement et qui permet quand celle-ci va bien de travailler sur des directives anticipées ou des plans de crise qui permettront d'agir quand les choses se dégradent ; ce sont des outils du rétablissement que nous détaillerons plus avant.

L'engagement dans le dispositif est un engagement long. Il n'y a pas de limite de temps posé à priori et cela en soit créé des conditions adéquates pour tisser ce lien dans les premiers mois. La

personne peut vraiment se poser et trouver son rythme ; l'absence d'injonction à avoir un projet ou à s'approprier son logement dans ces premières semaines est fondamentale.

La notion de choix dans une réalité contrainte est d'emblée posée par le dispositif au moment du choix du logement ; celui-ci est effectivement lié aux contraintes économiques du futur locataire ce que les personnes comprennent très bien.

L'information des personnes en amont sur les droits et devoirs du locataire est essentiellement on l'a vu précédemment car c'est ce qui permettra de travailler avec elle lorsqu'il y a des troubles de voisinage et qu'un relogement est nécessaire. Il y aura une deuxième voir une troisième chance etc... de relogement mais à chaque étape un travail est nécessaire avec la personne pour comprendre les raisons de l'évictions et les conditions à mettre en place pour améliorer les choses ; une contractualisation peut être mise en place sur certains points : visite de l'équipe plus importantes, accompagnement au message, MASP ou autre aide pour faciliter la gestion budgétaire, etc....

Comme l'ont bien montré les chercheurs, face à ces situations dites limites, les professionnels élaborent progressivement des jurisprudences pratiques.

■ Les professionnels peuvent être confrontés à des « **situations limites** » qui remettent en question leur possibilité d'accompagnement face à un **risque** jugé trop important : perte du logement, dégradation de l'état de santé.... Face à de telles situations, les équipes élaborent progressivement des jurisprudences pratiques.

Quelques « situations limites » sont reconstituées dans le rapport qualitatif, par l'observation du travail des équipes et les focus group (entretiens collectifs) : une équipe s'accorde sur le fait que Mme Baye¹ ne va pas bien, et partage une inquiétude. Mme Baye manifeste-t-elle les signes d'une « crise »/d'une « décompensation » qui devrait appeler des soins plus intensifs, voire une hospitalisation, éventuellement sous contrainte ? Ces signes n'appellent-ils qu'une vigilance accrue ou constituent-ils des signaux qui doivent déclencher une action ? Alors qu'un membre de l'équipe invite à ne pas temporiser une intervention directement ciblée sur les troubles psychiques, la majorité de l'équipe va dans le sens d'une vigilance renforcée et d'une adaptation des modes d'intervention en négociation avec la personne elle-même. L'intégration des préférences de la personne trouve sa limite lorsque le niveau d'alerte est élevé.

L'impératif du « respect des choix de la personne » se convertit en questionnement : « jusqu'où ne pas décider pour autrui ? »¹.

■ Un psychiatre, lors d'un focus group, à propos d'une sous-locataire : « *Ce qui est compliqué avec elle, c'est qu'on a du mal à avoir une réponse claire sur ce qu'elle veut et ce qu'elle ne veut pas* ». **Le choix ne s'exprime pas toujours.** Des conduites difficiles à interpréter débouchent sur un choix compliqué d'intervention de l'équipe. A la suite d'autres événements, M. Jen commence un jour à insulter des personnes extérieures à l'équipe d'accompagnement, puis accueille l'équipe très éméché et avec des insultes. Les professionnels interrogent la possibilité de poser une parole qui arrête ce qu'ils vivent comme une escalade. Le cas de M. Jen est devenu une jurisprudence pratique : il est par la suite proposé un rendez-vous hebdomadaire régulier avec les personnes et non plus une rencontre dans l'urgence sous la pression de la demande immédiate. Cette situation a mis à l'épreuve l'accompagnement « inconditionnel ». L'équipe a éprouvé la nécessité d'instituer quelques éléments d'un cadre minimal. **Extrait rapport qualitatif**

2. « L'aller vers » et les visites ou rencontres au domicile

Cette démarche suppose que les intervenants ne se limitent pas à inviter les personnes à se rendre à son bureau, mais aillent les rencontrer au domicile ou dans tout autre lieux dans la cité selon les besoins de l'accompagnement. Le principe de l'aller-vers est double, d'une part, il s'agit d'un déplacement « hors les murs », vers les lieux fréquentés par la personne (la rue, la gare, le pied d'immeuble, le parc public, le squat, le domicile etc...) et d'autre part, il s'agit d'une ouverture vers autrui, vers la personne dans sa globalité, son milieu de vie sans jugement, avec respect.

Les visites ou rencontres au domicile

Les principales interactions des personnes avec les équipes s'effectuent autour des visites à domiciles. Cette visite doit être programmée avec la personne pour lui permettre de l'anticiper.

L'agenda est fixé en amont ce qui permet la régularité. Il ne faut jamais oublier que le professionnel va chez la personne et qu'il est donc un invité ; La personne est chez elle. Eventuellement, il peut être intéressant d'appeler (ou d'envoyer un SMS suivant les cas) la personne la veille ou le jour même, pour lui rappeler son rendez-vous.

De son côté, le professionnel doit aussi préparer l'entretien lors de la réunion du matin où les objectifs du rendez-vous sont rappelés et en regardant dans le dossier informatique de la personne l'antériorité des visites.

Il est arrivé que la personne soit avec des visiteurs au moment où les professionnels arrivent et que ceux-ci remettent la visite à plus tard. Il est préférable de ne pas se présenter comme équipe d'accompagnement mais par son prénom auprès des personnes présentes car peut-être la personne ne souhaite peut-être pas que son visiteur sache qu'elle est dans le programme « Un chez-soi d'abord ».

Les visites à domicile doivent permettre de rencontrer la personne, de répondre à ses attentes mais aussi d'observer concrètement la façon dont il s'approprie son logement. Ainsi que de vérifier l'état du logement et les éventuels travaux à réaliser. La personne peut refuser d'ouvrir la porte ou de faire rentrer les professionnels. Il est nécessaire de maintenir le dialogue pour comprendre les refus. Par ailleurs, il doit être proposé aux locataires de déplacer le rendez-vous à une autre date, un autre horaire ou encore un autre lieu. Toutefois, il faut veiller à voir régulièrement la personne au sein de son logement, étant donné que le GCSMS est responsable de l'état des logements. Par ailleurs, des rencontres peuvent avoir lieu en dehors du domicile, par exemple dans un café, un parc ou encore lors d'un rendez-vous avec un autre professionnel.

Pour les personnes qui ne sont pas ou plus logées, les visites doivent avoir lieu autant que possible, là où elles se trouvent (rue, hôpital, particulier, prison).



Assurer la formation et/ou la sensibilisation des professionnels aux notions de « pouvoir d'agir » (empowerment), d'approche centrée sur les capacités/potentialités et de droits individuels (droit à l'information, au choix, etc.) et s'assurer que ces formations intègrent des formateurs-usagers.

b. Le binôme

Toutes les visites se font en binôme. C'est une règle fixée dans le cadre du dispositif. D'une part le binôme est un élément de sécurisation des professionnels car ils se déplacent au domicile des personnes avec parfois des situations complexes à gérer. C'est aussi un formidable lieu de partage des savoirs entre professionnels de champ différent et c'est aussi ainsi que se construit la pratique professionnelle au sien du dispositif. L'échange est nécessaire et facilite l'instauration d'un climat de confiance. C'est enfin une possibilité plus large offerte à la personne qui pourra échanger avec deux

professionnels. On le sait la relation duelle peut être complexe et sujette à des projections. Le binôme permet de lever cette difficulté.

Cela demande bien sûr un nombre plus important de professionnels et une organisation rigoureuse dans les transmissions de l'information. A la fin de la journée, si le binôme n'a pas le temps de repasser au bureau, cela permet tout de même aux deux professionnels de débriefer entre eux s'ils ont vécu une situation difficile.

Le binôme se constitue pour la journée (ou demi-journée pour les professionnels à temps partiel) lors de la réunion du matin. Les binômes sont interprofessionnels et changeant chaque jour en fonction des professionnels présents et de besoins éventuels de certains locataires. Comme « tout le monde fait tout » en plus de sa compétence métier, cela ne pose pas de problème d'organisation.

3. Accompagner autant que besoin

Le dispositif d'appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord » fonctionne sans interruption H24 et 7 jours sur 7. Une permanence téléphonique sous forme d'astreinte à destination des personnes accompagnées, est mise en place en dehors des horaires de présence du personnel salarié.

A l'entrée dans le programme, les personnes présentent « un niveau élevé de besoins sanitaires et sociaux ». L'accompagnement est généralement intensif (plusieurs fois par semaine pour les premières semaines). Il apparaît que généralement celui diminue rapidement à 1 à 2 visites par semaines, voire moins pour les personnes qui sont stabilisées.

La fréquence et la qualité des contacts est plus importante que la durée de ceux-ci. Il est à privilégier d'avoir des contacts réguliers, qui permettent de s'assurer de l'état de la personne et de ses besoins. Toutefois, des périodes plus longues doivent être organisées de façon régulière, afin de réaliser des bilans sur les objectifs de l'accompagnement qui avaient été co-définis.

La durée de l'accompagnement n'est pas définie à priori ; la personne pourra prendre le temps nécessaire à son rétablissement sans obligation de rentrer dans un contrat borné dans le temps. Ceci est une des différences majeures avec la plupart des autres dispositifs en particulier dans le champ de l'insertion. Chaque année à minima, le plan de rétablissement est réévalué avec la personne.

Quelques recommandations :

- Reconnaître, encourager, soutenir et développer les potentialités et le niveau d'estime de soi de la personne,
- Faire découvrir/développer des compétences qu'elle ne soupçonnait pas,
- Se doter et/ou construire des outils permettant de développer/renforcer la confiance en soi,

- Organiser la possibilité d'expérimenter des situations concrètes et des essais, afin de permettre aux personnes de se rendre compte de leurs compétences, de les renforcer et de travailler sur les obstacles,
- Réévaluer autant que nécessaire et a minima chaque année les besoins en accompagnement dans la vie quotidienne et courante,
- Renforcer ou diminuer ponctuellement ou durablement l'intensité de l'accompagnement en fonction de la variabilité des besoins et attentes identifiés,
- Intervenir en coordination avec les aidants non professionnels, les professionnels de l'aide à domicile et les professionnels du soin.

D. Un accompagnement orienté rétablissement

1. Le rétablissement en santé mentale

Nous ne reviendrons pas ici la définition du rétablissement en santé mentale déjà présenté dans le premier chapitre ; par contre nous vous conseillons vivement de prendre le temps de vous approprier ce concept qui est novateur en France bien que maintenant cité comme une des 6 priorités⁹⁹ du PTSM. Pour cela, de nombreux articles existent en langue anglaise dont une liste non exhaustive est en annexe mais des publications en langue française à partir d'expériences soit européenne, française ou même directement issue de l'expérimentation de « Un chez-soi d'abord » sont aussi disponibles.

Ainsi, afin de mieux comprendre ce concept complexe et polysémique et les enjeux qu'il soulève nous vous conseillons le bulletin¹⁰⁰ 65/66 de rhizome « Apprendre le rétablissement », le livre de Tim Greacen et Emmanuelle Jouet « Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie ; Rétablissement, inclusion sociale, empowerment » ou de vous référer au lien suivant : <http://www.douglas.qc.ca/info/retablissement-sante-mentale> du centre d'excellence en santé mentale à Montréal et enfin l'article¹⁰¹ de P Rhenter et coll 2018 (en annexe de ce document) qui propose une analyse qualitative des effets de l'accompagnement dans le logement de type Housing first. L'étude menée rapporte que « quatre thèmes centraux ont été identifiés comme participants au rétablissement : 1) Un lieu sûr propice à la réflexivité, 2) un effet lune de miel, 3) l'importance des liens sociaux, même de faible intensité, 4) le soutien et l'espoir de l'entourage et trois challenges du rétablissement ont eux aussi été identifiés : 1) l'équilibre entre protection et risque, 2) la sortie de

⁹⁹ « L'organisation d'un parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, en vue du rétablissement et de l'inclusion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques graves ».

¹⁰⁰ <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n65-66-apprendre-le-retablissement-2077.html>

¹⁰¹ « Bread and shoulders : to reverse the downward spiral. Premières analyses qualitatives des effets d'un programme type Housing First en France ».

spirales descendantes et 3) la bifurcation de trajectoires descendantes. Cette étude propose un regard renouvelé sur les processus de rétablissement à voir comme la transformation, non linéaire, d'une expérience (un rapport entre conditions de vie et perception subjective de ces conditions), qui renforce les supports de protection au détriment des éléments de risque. » Le tableau ci-dessous propose d'illustrer chacun des points par des citations issues de l'article.

Participe au rétablissement	
un lieu sûr propice à la réflexivité	<p>« Dans un premier temps ce qui est exprimé en priorité est un besoin de refuge, voire de repli vis-à-vis des expériences de galère et de violences de la rue. (...). Pour beaucoup, se sédentariser, c'est d'abord se protéger contre les violences de la rue et sortir de la survie (<i>« j'errai la nuit, dormais dans les parcs la journée, dans des parkings ou sur des bancs », « je mangeais dans les poubelles »</i>) ou fuir les contraintes de la vie en foyer (<i>« je devais rester dehors la journée »</i>). (...) »</p> <p>Une interrogation réflexive sur soi et sa santé débouche sur l'examen des conduites « destructrices », ainsi que sur les moyens de se protéger des affects ou des actes violents (<i>« L'ancienne vie, je la prends comme une vie antérieure »</i>), et de choisir ses relations. Il augmente le choix des possibles et permet la formulation de buts inédits</p>
un effet lune de miel	<p>« La plupart des personnes expérimentent les premiers temps du programme chez soi comme une véritable lune de miel marquée par une grande gratitude vis-à-vis de l'équipe. (...) Mais être logé, c'est aussi avoir de nouvelles inquiétudes : parvenir à payer son loyer, se sentir trop seul, ne pas se faire squatter, payer les dettes du passé, être retrouvé par la justice, lutter encore contre les voix. La fin d'une certaine "lune de miel" laisse alors place à une alternance de périodes d'espoir et de renoncements. »</p>
l'importance des liens sociaux, même de faible intensité	<p>« Le souci de reprendre en main sa vie s'appuie de manière variable sur l'accompagnement proposé par les professionnels de l'équipe. (...) L'individu qui se rétablit est en général présumé développer des relations sur le modèle de l'inclusion sociale. Le rétablissement s'y pose comme synonyme d'intensification des liens informels et formels, au sens des relations entre pairs, des liens de proximité avec des non pairs et du rapport moins asymétrique aux acteurs sociaux et de santé. Mais le rétablissement passe aussi par une rupture avec les relations antérieures subies. (...) la nature des liens varie avec le niveau de contrainte auquel les personnes sont soumises par ces liens. (...) Les liens de faible intensité sont ainsi des liens de faible dépendance (l'individu est moins exposé). A contrario, les liens de forte intensité exposent plus la personne mais sont aussi une source de soutien plus effectif en cas de difficulté.</p> <p>(...) Le devenir des liens familiaux dans le programme Un Chez soi d'abord relève des mêmes mécanismes. Premièrement, le fait de renouer activement avec sa famille</p>

	<p>signe indéniablement le franchissement d'une étape dans le processus de rétablissement. (...) Pour autant, la mise à distance de sa famille n'implique pas nécessairement un « non rétablissement » et peut être interprétée différemment selon les cas de figure : telle personne a encore honte de sa situation, telle autre perçoit que renouer avec sa famille risque de perturber une tranquillité durement acquise, telle autre identifie enfin clairement que son milieu familial est structurellement néfaste. »</p>
<p>le soutien et l'espoir de l'entourage : « l'espoir des autres fait vivre »</p>	<p>« On ne peut affirmer que l'accompagnement vers et dans un logement dans le cadre du programme suffit à une transformation fondamentale des conditions objectives de vie, au sens du statut social et des ressources comme des états de santé. Mais il apparaît en général que le rapport subjectif de ces personnes à leurs conditions objectives a changé, même quand celles-ci s'améliorent très lentement. On constate par exemple que les formes d'expression de l'expérience ont souvent évolué, ainsi que la tonalité. (...) le processus de rétablissement est lié à la possibilité de s'appuyer sur un entourage soutenant, ou de s'engager dans un travail ou activité sociale ayant du sens. Il existe un lien indéniable entre le fait de retrouver l'estime de soi avec un changement de regard de la part de tiers significatifs sur ses conditions de vie ou de santé. (...) l'équipe HF qui se veut porteuse d'espoir et soucieuse de ne pas reproduire la stigmatisation habituelle, tient souvent lieu d'entourage soutenant.(...) »</p>
Challenges au rétablissement	
<p>l'équilibre entre protection et risque</p>	<p>« L'analyse rétrospective des trajectoires de vie permet de comprendre qu'un même élément peut être qualifié d'élément de risque ou de protection d'un individu à l'autre, et pour le même individu, d'une période à l'autre. Par exemple, (...) L'augmentation des ressources a permis à une personne d'éprouver une fierté suffisante pour recontacter sa fille adolescente et "pouvoir lui faire de petits cadeaux", elle sera un facteur de protection ; la solvabilité financière retrouvée d'une autre personne remobilise les créanciers du passé, elle devient un élément de risque. (...) Notre perspective, (...) propose de qualifier le processus de rétablissement comme la recherche d'un équilibre entre éléments de risque et de protection (...) elle rapporte systématiquement un état (être logé/non logé, avoir des ressources ou non, avoir des relations sociales ou non) au statut de l'expérience de cet état. »</p>
<p>la sortie de spirales descendantes</p>	<p>« La complexité des processus individuels de rétablissement nécessite de penser "ensemble" certaines données de l'expérience pour comprendre certains liens : le lien entre cercle amical et habitude de consommation de drogues, le lien entre la santé financière et la possibilité de retrouver un rôle de parent, le lien entre l'acquisition d'un logement et le phénomène de solitude par exemple. (...) Il existe donc une grande ambivalence quant à l'interprétation des facteurs positifs de</p>

	rétablissement car ses facteurs se combinent entre eux et dépendent à chaque fois de leur insertion dans une histoire personnelle plus longue. »
la bifurcation de trajectoires descendantes	« La situation des personnes à l'entrée dans le programme est extrêmement variable, du fait de leur trajectoire de vie. La situation initiale des personnes est affectée différemment par le programme qui soit amortit une trajectoire descendante (effet d'amortissement), soit génère un parcours en dents de scie avec des périodes successives d'espoir et de renoncement (effet positif intermittent), soit entraîne une nette bifurcation (effet rebond). (...) Les effets du programme peuvent donc se succéder dans le temps pour la même personne, qui passera alors d'une trajectoire de type 1 à une trajectoire de type 2, ou d'une trajectoire de type 2 à une trajectoire de type 3. (...) »

L'article propose « (...) de scruter l'évolution du rapport subjectif aux conditions objectives de vie, (...) le fait de remédier aux besoins de base des personnes ayant un long parcours de rue est nécessaire mais non suffisant pour que ces dernières s'engagent dans un processus de rétablissement (...) parallèlement, une intervention de type collaborative sur l'estime de soi et l'espoir est souvent décisive, en dépit même de difficultés majeures (objectivables) persistant dans le temps ». Ce point est essentiel pour les équipes notamment lorsqu'elles s'engagent dans l'évaluation des situations des personnes.

Dans le champ sanitaire français, le terme même de rétablissement est classiquement associé à la rémission des symptômes ou à la stabilisation de la maladie tandis que le rétablissement en contexte nord-américain prône un processus de dégagement plus ou moins grand de la maladie. Le rétablissement est promu dans le cadre du programme Un Chez-soi d'abord comme un outil institutionnel permettant aux professionnels d'aider des personnes sans-abri à sortir de la rue et d'une trajectoire d'errance. La lecture des acteurs des politiques publiques luttant contre le sans-abrisme a tendance à classer les bonnes et les mauvaises trajectoires selon la capacité individuelle des individus à habiter, à faire face aux troubles, à faire du lien, à s'insérer professionnellement. Mais proposer un logement, des soins, des activités ne suffit pas à l'engagement dans un processus de rétablissement. Encore faut-il qu'ils deviennent des supports de protection effectifs. La recherche qualitative du programme Un chez soi d'abord restitue la singularité du processus de rétablissement, qui ne se résume ni à une normalisation des conditions de vie, ni à une rémission de symptômes, et dont l'engagement résulte d'une combinaison complexe de facteurs qui interagissent entre eux. En France ses conclusions contribuent à la compréhension de ce processus inexploré scientifiquement, et très timidement promu par les politiques publiques de santé mentale.

Extrait : P Rhenter et coll 2018

2. Le rétablissement : mise en pratique

Selon le SAMHSA¹⁰² aux États-Unis on décrit 10 principes au processus individuel de rétablissement ; certains auteurs français en décrivent 5 qu'ils résument selon l'acronyme : « ESPER ». Mais le rétablissement met en avant la notion d'ESPOIR qui est fondamentale, espoir d'une vie pleine et entière, d'une vie meilleure, d'un épanouissement, etc... et ce sera le principal challenge des équipes que de porter cet espoir auprès des locataires

- | | |
|---|------------------------|
| - Autodétermination | - Axé sur les forces |
| - Individualisé et centré sur la personne | - Entraide entre pairs |
| - Pouvoir d'agir | - Respect |
| - Holistique | - Responsabilité |
| - Non linéaire | - Espoir |

5 PRINCIPES CLEFS : E-S-P-E-R

ESPOIR : reprendre espoir c'est avoir des rêves

SOUTIEN : accepter le soutien d'autrui, savoir aider autrui pour se sentir mieux et améliorer sa qualité de vie

PLAIDOYER : savoir communiquer avec les autres afin d'obtenir ce dont j'ai besoin et ce que je mérite pour aller bien

EMPOWERMENT : éducation, apprendre tout ce que l'on peut et se former pour prendre les bonnes décisions

RESPONSABILITÉ : je suis responsable, avec l'aide des autres, d'agir et de faire ce qu'il est nécessaire pour aller bien

Adapté de la pratique de Mary Copeland

Le rétablissement ne correspond pas nécessairement à :

- Une amélioration des conditions objectives d'existence.
- Une normalisation des conditions de vie.
- Une acceptation d'une pathologie médicale.

Le rétablissement correspond à :

- Une tentative personnelle de donner une valeur à des épisodes biographiques, en référence à un ou des idéaux de vie, système de normes et de modèle,
- Un mouvement de lutte contre des processus de « déficitation » dont la dimension sociologique ne constitue qu'une part (dimension psychique, dimension socio-économique),
- Une émancipation du regard « normatif » des autres qui a à voir avec une revendication citoyenne,
- Une reconfiguration des stratégies relationnelles,
- Une tentative de maîtrise du jeu des rapports entre contraintes internes et externes.

Extrait rapport qualitatif

¹⁰² Substance abuse and mental health service administration <https://www.samhsa.gov/about-us>

3. Etre un service orienté rétablissement¹⁰³

Depuis les années 90, quelques chercheurs tentent d'appliquer ces différentes découvertes afin de repenser le système de soins psychiatriques, par ailleurs vivement critiqué par des associations d'usagers et de parents d'usagers. Les soins orientés autour du rétablissement, proche de la réhabilitation psychosociale, s'en distinguent par la centralité donnée au savoir non institué, issu de l'expérience des personnes. L'utilisation qui est faite des compétences des personnes comme base de travail amène les équipes à engager des professionnels ayant l'expérience de la maladie et en rétablissement. Un nouveau métier émerge : les travailleurs pairs dit aussi médiateurs. Ce sont des personnes dont l'expérience de la maladie et de ses conséquences, couplée à celle du rétablissement, est utilisée avec des résultats significatifs à court terme, mais pas à long terme, pour l'éducation thérapeutique. L'autre différence centrale du rétablissement avec la réhabilitation psychosociale est la focalisation faite au social par rapport au psychologique, via le travail d'inclusion dans la cité. Les professionnels se doivent de fonctionner comme des guides et rendre accessibles les ressources disponibles dans la cité, et lever les barrières au rétablissement¹⁰⁴.

Une échelle a été développée au sein du programme « Yale Program for recovery and Community Health », de l'école de médecine de Yale aux Etats-Unis (l'échelle RSA émane de l'équipe de O'Connell en 2005). Larry Davidson, professeur et également, usager de la psychiatrie a créé ce laboratoire dont la moitié des chercheurs sont usagers de la psychiatrie. Cette échelle RSA mesure la perception des soignants et des soignés par rapport à la réalisation du principe du rétablissement d'une équipe. Elle a été testée sur l'équipe MARSS¹⁰⁵¹⁰⁶ à Marseille et sur l'équipe de Lille du « Un chez-soi d'abord ».

4. Réhabilitation psycho-sociale et remédiation cognitive

Le dispositif va orienter les personnes vers les soins psychiatriques. Cette prise en charge en psychiatrie devra soutenir le parcours de rétablissement des personnes ; deux grandes techniques sont à promouvoir car elles ont fait leur preuve dans l'accompagnement des personnes : la réhabilitation psychosociale et la remédiation cognitive. « Ce sont un ensemble de techniques destinées à favoriser

¹⁰³ Ce chapitre est issu de l'article Wikipédia sur le rétablissement : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Copyright>

¹⁰⁴ Davidson, L., Tondora, J. & O'Connell, M., 2008. A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice: Tools for Transforming Mental Health Care. New York, Oxford University Press. In : <https://global.oup.com/academic/product/a-practical-guide-to-recovery-oriented-practice-tools-for-transforming-mental-health-care-9780195304770?cc=us&lang=en&>

¹⁰⁵ Dispositif MARSS « Mouvement et Action pour le Rétablissement Sanitaire et Social ». C'est une équipe mobile, psychiatrie et précarité, rattachée à l'Hôpital Public de Marseille

¹⁰⁶ Styve Tan-Hien Bui, octobre 2014, « Mesure de la fidélité à un modèle d'intervention médicale : l'exemple d'un programme pratiquant des soins orientés autour du rétablissement à Marseille », Faculté de Médecine de Marseille

le rétablissement des personnes qui ont des troubles mentaux sévères et leur inclusion sociale. Actuellement ces techniques sont trop peu répandues en France, l'enjeu est de permettre leur diffusion sur le territoire et de permettre aux personnes qui en ont besoin d'accéder à des soins de qualité »^{107 108}.

5. Les outils du rétablissement

L'accompagnement orienté rétablissement repose sur des outils dont la particularité est de toujours mettre au premier plan les choix de la personne. Nous citerons ici quatre outils principaux : le plan individualisé de rétablissement, le WRAP, le plan de crise et les directives anticipées.

a. Le plan de rétablissement

Les relations entre la personne et l'équipe se font sur un mode et avec des outils de contractualisation non coercitive tel que le « plan individualisé de rétablissement » ; Il est élaboré avec chaque personne et consiste à organiser des stratégies partagées entre la personne et son entourage. Il définit ses objectifs ainsi que les moyens mis en œuvre pour les atteindre. Il devra s'appuyer sur l'ensemble des forces et des compétences de la personne.

« Projet individuel » et « plan individualisé de rétablissement » : « conformément à la loi n°2002-2 du 2 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, chaque établissement assure aux usagers un accompagnement individualisé. Le projet individuel est un document personnalisé définissant l'accompagnement professionnel, social et médico-social. Le projet individuel est rédigé sous forme contractuelle en impliquant l'usager lui-même ». L'objectif du dispositif est centré sur le rétablissement de la personne ; c'est à elle d'utiliser la palette de service qui lui est proposée pour construire son parcours de rétablissement, l'équipe arrivant en support de la démarche. C'est pour cela que nous avons opté pour la dénomination de « plan individualisé de rétablissement ». Vous trouverez en annexe des exemples de plan de rétablissement.

¹⁰⁷ Entretien Pr N. Franck, <http://www.collectif-schizophrenies.com/les-schizophrenies/temoignage-de-nicolas-franck>

¹⁰⁸ Professeur de psychiatrie au Centre hospitalier Le Vinatier à Lyon, Nicolas Franck est responsable du Centre référent lyonnais en réhabilitation et en remédiation cognitive (CL3R), qui dispense des soins psychiatriques destinés à favoriser le rétablissement des personnes souffrant de troubles psychiques. Il a créé le Centre ressource de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive, destiné à favoriser l'implantation des outils et de la culture de la réhabilitation dans les différentes régions françaises.

Comment définir le projet personnalisé ?

Selon les établissements/services, le projet qui concerne la personne a différentes appellations : projet éducatif, projet d'insertion, projet personnalisé d'accompagnement, projet individualisé de prise en charge et d'accompagnement, projet individuel, projet individualisé, projet personnalisé d'accompagnement... La loi du 2 janvier 2002 a introduit le terme de *projet d'accueil et d'accompagnement*. L'ANESM a quant à elle retenu le terme de « projet personnalisé » dans sa recommandation éditée sur le sujet, pour qualifier la démarche de co-construction du projet entre la personne accueillie/ accompagnée (et son représentant légal) et les équipes professionnelles. Le projet personnalisé est avant tout une démarche qui vise à adapter au mieux l'accompagnement proposé aux besoins et attentes de la personne.

Il faut en général un certain temps avant de pouvoir travailler à un plan de rétablissement large avec la personne ; les premières semaines sont consacrées à l'installation dans le logement et à la construction d'un lien de confiance avec l'équipe. Il est important d'informer la personne lors de son entrée dans le dispositif de l'existence et de l'utilité de cet outil ; mais l'accompagnement dans le dispositif s'inscrit dans un temps long et il ne faut pas précipiter les choses tant que la personne n'est pas prête au risque d'avoir un document qu'elle ne s'approprie pas. L'objectif à terme est qu'elle puisse elle-même rédiger le plan et pouvoir l'avoir à sa disposition chez-elle. Une copie sera faite pour l'équipe.

Comme l'équipe ne fonctionne pas sur un système de référence, il faut être vigilant sur l'écriture et les évaluations des plans de rétablissement et sur leur utilisation comme outil réel de pilotage pour la personne ; certains sites ont désigné des intervenants pivots qui ne sont pas référents mais qui sont chargés de veiller à ce que les dossiers de la personne soient tenus et que les documents contractuels soient faits ; l'intervenant pivot a en charge une dizaine de dossiers.



L'appropriation de cet outil a été très compliquée pour les équipes des sites expérimentaux. Nous conseillons d'intégrer dès les premières formations sur le rétablissement l'utilisation de cet outil et que ce soit une des priorités du coordonnateur dans les premiers temps car c'est une période où les équipes ont peu de personnes en suivi et peuvent donc tester l'outil.

b. Le WRAP ou Wellness Recovery Action Plan

On traduira en français par « Plan d'Action pour le Bien-être et le Rétablissement ». C'est un outil destiné à la planification d'actions de rétablissement, par le travail et la réflexion sur sa propre organisation de vie. Un plan WRAP « se centre sur les forces de l'individu et les développe tout en encourageant la responsabilité personnelle et l'autogestion, ce qui procure à l'intéressé une plus grande maîtrise de sa vie ». L'outil en tant que tel bénéficie d'un copyright car il a été déposé par Ellen Copeland qui l'a conceptualisé. Vous pouvez utiliser un outil adapté de celui-ci ou vous référer au site

sur le WRAP¹⁰⁹. Celui-ci est fondé sur les cinq principes clés du rétablissement recensés par Ellen Copeland¹¹⁰ (1997) :

- L'espoir : la personne qui connaît des difficultés de santé mentale se rétablit autant que possible, atteint un état de rétablissement stable et entreprend alors de réaliser ses rêves et ses objectifs.
- La responsabilité personnelle : il incombe à chacun, avec l'aide des autres, d'agir et de faire ce qu'il faut pour continuer à aller bien.
- La formation (éducation) : il s'agit d'apprendre tout ce que l'on peut sur ce que l'on éprouve afin de pouvoir prendre les bonnes décisions concernant tous les aspects de la vie.
- Le plaidoyer pour soi-même (*self-advocacy*) : il s'agit de savoir communiquer avec les autres de façon efficace afin d'obtenir ce dont on a besoin, ce qu'on veut et ce qu'on mérite pour continuer à aller bien et à se rétablir ;
- Le soutien : en travaillant sur son propre rétablissement, savoir accepter le soutien d'autrui, savoir aider autrui, aide à se sentir mieux et améliore sa qualité de vie.

Le WRAP est constitué de 8 points et concerne, d'une part, le bien-être et, d'autre part, l'anticipation et la gestion de la crise (qui altère le bien être), comme dans le tableau :

Etape 1	Le bien-être	Explorer ce que signifie le bien-être pour la personne et comment elle est lorsqu'elle se sent en pleine forme. Cela aide à ne pas perdre de vue ce que chacun peut être.
Etape 2	La boîte à utile du bien-être	Recenser ce qui peut aider chacun à se maintenir à son plus haut niveau de bien-être.
Etape 3	La programme journalier	Noter ce qu'il faut que la personne fasse régulièrement afin de maximiser son bien-être.
Etape 4	Les éléments déclencheurs	Lister les événements extérieurs ou circonstances susceptibles de mettre à mal le bien-être. Repérer et faire la liste des déclencheurs personnels et élaborer un plan d'action permettant d'y faire face.
Etape 5	Les signes avant-coureurs	Lister les événements extérieurs ou circonstances susceptibles de mettre à mal le bien-être. Repérer et faire la liste des déclencheurs personnels et élaborer un plan d'action permettant d'y faire face
Etape 6	Lorsque tout se dégrade	Identifier les ressentis, comportements et signes physiques qui indiquent que les choses s'aggravent. Il se peut que la personne ou quelqu'un d'autre doive agir immédiatement afin d'empêcher que la situation ne s'empire
Etape 7	Le plan de crise	Concevoir un plan rédigé lorsqu'on va bien. Il contient des informations destinées aux autres sur le type d'aide que la personne souhaite recevoir si elle se sent moins en mesure d'affronter la vie
Etape 8	Le plan d'après-crise	Faire un bilan du fonctionnement du plan de crise et déterminer les mesures que l'on souhaite éventuellement prendre à la suite d'une crise ou lorsque la personne n'a pas pu faire face. Examiner les changements à opérer, ce que l'on peut apprendre et ce qui aidera à optimiser le bien-être personnel

¹⁰⁹ <http://mentalhealthrecovery.com/info-center/wellness-toolbox/>

¹¹⁰ <http://www.copelandcenter.com>

c. Le WRAP collectif

Le WRAP peut s'utiliser seul ou dans des groupes de pairs, d'auto-support. Le collectif permet de réfléchir ensemble à la question du bien-être, de partager ses expériences, ses réussites, de ne pas se sentir seul face aux difficultés rencontrées.

d. Le plan de crise et les directives anticipées

Ces outils sont plus connus en France car utilisés par certaines équipes ; leur philosophie est toujours la même : travailler avec la personne quand tout va bien à ce qu'elle souhaite quand les choses se dégradent ou que tout va mal. Il n'est pas toujours facile de le faire au début mais on peut « profiter » du débriefing d'un événement difficile ou pendant lequel la personne s'est sentie dépassée pour voir avec elle comment elle souhaite que les choses se passent une prochaine fois.

E. La réduction des risques et des dommages

Lors de la phase expérimentale, 80% des personnes accueillies consommaient des substances psychoactives. C'est donc un point sur lequel les équipes vont devoir accompagner les personnes. Pour rappel les personnes sont chez elles et il n'y a aucune obligation qui leur est faite sur l'arrêt de la consommation. Il s'agit donc de travailler selon les principes de la réduction des risques et des dommages (RDR).

a. Les similarités entre RDR et HF

Les deux sont des approches nouvelles plutôt minoritaires dans le paysage socio-sanitaire et qui se veut des approches pragmatiques. Elles sont issues d'une démarche down/up c'est-à-dire qu'elles partent des réalités du terrain et des besoins des personnes en se centrant sur les pratiques (pratique de consommation pour adapter les messages ou outils, pratiques d'appropriation du logement, etc.) et sur le contexte de vie de la personne; elles posent le choix de la personne comme guide de l'action et ne pose aucune conditionnalité pour l'accès aux soins ; elles sont se réclament autant des pratiques de « cure » que de « care » et de l'aller vers.

b. Adapter la RDR à l'entrée et au maintien dans le logement

Le logement a un effet protecteur pour la personne car celle-ci peut se reposer, manger mieux, stocker les produits et donc ne pas être obligée de consommer rapidement par peur des vols, avoir à disposition en permanence du matériel de RDR ; enfin c'est aussi la possibilité pour ceux qui le nécessitent et le souhaitent de débiter un traitement VHC. Mais dans le même temps le logement a un effet négatif qu'il ne faut pas négliger car la personne peut consommer seule et donc elle ne sera pas accompagnée par ses pairs si une overdose arrive, de même si elle consomme de l'alcool les chutes sont fréquentes et elle peut rester inconsciente seule dans l'appartement ; là aussi attention aux escaliers et il faudra être vigilant si les personnes consomment beaucoup à ce qu'elle puisse être en

rez-de-chaussée. Pour les équipes il est important de savoir que chaque changement d'environnement a un impact sur les stratégies de RDR ; il faut prendre le temps d'en parler avec la personne.

Les médiateurs de santé pair sont des acteurs indispensables pour accompagner les personnes sur les questions liées à la consommation. Ils permettent un dialogue plus ouvert et plus centré sur les pratiques ; les personnes témoignent de l'aide que cela peut leur apporter.

Enfin la question des overdoses reste problématique ; beaucoup d'équipes témoignent de cela. Il est nécessaire de former et d'informer les personnes accueillies des risques à consommer seul, travailler sur des protocoles d'accès à la Naloxone (antidote des morphiniques) si nécessaire, etc. L'ensemble des professionnels de l'équipe doivent être formés en RDR même si au sein de l'équipe il y a un spécialiste de la question.

La réduction des risques s'adresse avant tout aux consommateurs actifs de substances psychoactives licites et illicites et à leurs proches. Développée au cours des années 1980, dans le contexte de l'épidémie de VIH chez les usagers injecteurs d'héroïne, la RDR a progressivement intégré d'autres registres d'action concernant d'autres produits, comme les initiatives développées autour des risques liés à l'alcool. La RDR envisage tous les types de risques associés à la consommation de substances psychoactives. Elle prend ainsi en compte :

- Les risques somatiques : accidents, surdoses, contaminations par le VIH, les virus des hépatites B et C, des bactéries ou des champignons, etc.
- Les risques psychiatriques : troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles de l'humeur, psychoses, etc.
- Les risques sociaux : violences, insécurité routière, exclusion, précarité.
- Les risques judiciaires : poursuites pénales, incarcération
- La réduction des risques se réclame d'une démarche de santé publique pragmatique en ce qu'elle entend limiter les risques liés à la consommation, sans nécessairement avoir comme premier objectif le sevrage et l'abstinence.

Elle vise à encourager l'utilisateur à adopter autant que possible des comportements moins nocifs pour sa santé. Elle prend en compte les contextes dans lesquels les substances sont consommées (isolément ou en groupe, en milieu festif ou dans la rue...) et les profils des consommateurs. La connaissance des motivations et des conditions dans lesquelles les personnes sont amenées à consommer est en effet nécessaire pour définir les stratégies efficaces de réduction des risques. La RDR se conçoit comme une « palette » d'outils pouvant être adaptés au gré des besoins de la personne qui consomme des produits psychoactifs :

- Information sur les risques associés à l'usage des substances psychoactives
- Mise à disposition de matériel stérile (seringues notamment) et récupération du matériel utilisé dans des structures spécialisées, par des associations, dans des pharmacies ou via des automates
- Recommandations de pratiques visant à éliminer ou réduire certains risques : non-partage du matériel, choix des points d'injection, promotion de méthodes alternatives moins dangereuses, etc.
- Accès à des médicaments de substitution pour les consommateurs d'opiacés
- Accès à des informations visant la diminution des consommations,
- Offre de services sanitaires, par exemple des soins infirmiers, le dépistage de maladies infectieuses...
- Accueil, écoute, soutien psychologique, orientation vers des services sociaux (accès à l'emploi, au logement, etc.)

L'accueil des usagers de drogues, sans prérequis de sevrage et d'abstinence et sans jugement, est un principe essentiel de cette démarche qui vise à créer des liens et à mettre à disposition différentes ressources (information sur les produits et les pratiques, écoute, orientation) afin que la personne accueillie soit en disposition d'agir dans un sens favorable à son état de santé. L'accueil est également anonyme et gratuit. Les intervenants de RDR sont également présents dans les endroits où les consommations sont fréquentes (rassemblements festifs) ou cachées (squats), afin de rentrer en contact avec des usagers qui ne viennent pas spontanément vers les points d'accueil.

Extrait Mildecca

F. Les autres stratégies utilisées

Nous avons détaillé les stratégies les plus emblématiques de l'accompagnement au sein du dispositif mais d'autres sont aussi utilisées par les équipes.

1. L'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel est un style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement. William R. Miller et Stephen Rollnick, psychologues et professeurs d'université aux États-Unis et au Royaume-Uni, définissent ainsi cette forme d'entretien qu'ils ont conceptualisée au cours des années 80 pour le traitement des dépendances à l'alcool mais qui est maintenant largement utilisé sur d'autres secteurs.

L'entretien centré sur la personne se déroule dans une atmosphère empathique et valorisante ; il est orienté vers un objectif déterminé, il est directionnel. La relation vise à augmenter la motivation au changement en respectant l'ambivalence et en explorant les valeurs propres et les perceptions de la personne. L'intervenant l'aide à énoncer ses propres motivations à changer. Des études ont en effet montré que le changement intervient d'autant plus que la personne s'appuie sur les motivations intrinsèques qu'elle aura formulées. Ainsi, l'EM n'est pas simplement un ensemble de techniques, mais bien la mise en œuvre de principes très importants qui en définissent l'esprit :

- Le partenariat : l'EM est à envisager comme la collaboration entre deux experts, le professionnel, expert dans son domaine, et la personne experte de sa propre situation
- Le non-jugement qui consiste à reconnaître la valeur inconditionnelle de chaque être humain et son potentiel, son autonomie inaliénable (...), manifester une empathie approfondie pour le point de vue de l'autre et valoriser ses capacités et ses efforts, comme cela est proposé dans l'approche de Carl Rogers
- L'altruisme : l'intérêt qui prévaut doit rester celui de la personne accompagnée
- L'évocation : l'intervenant qui pratique l'EM considère que la personne a en elle les ressources pour changer, et qu'il est là pour l'aider à les faire émerger

2. L'emploi accompagné ou méthode IPS

Nous détaillerons cette méthode au chapitre suivant car le plus souvent les professionnels accompagnent vers une structure qui peut proposer cette approche sans avoir en interne une personne formée à cela ; cependant cela est aussi un outil qui favorise le parcours de rétablissement de la personne et à ce titre nous le mentionnons dans ce chapitre.

G. Les objets de l'accompagnement

L'accompagnement vise nous l'avons vu à soutenir la personne dans son parcours de rétablissement mais repose sur des actions très concrètes du quotidien. C'est dans le milieu de vie de la personne que les équipes interviennent. Il s'agit donc d'une visée pragmatique : comment peut-on vous aider sur telle ou telle situation ? voici ce que nous pouvons vous proposer, qu'est-ce qui est le plus adapté pour répondre à votre besoin ? etc.... Les actions menées sont souvent mêlées : on discute du traitement en montant un meuble, on parle de sa famille lors d'un accompagnement chez un médecin, etc... mais dans un souci didactique, nous avons décliné les différents objets de l'accompagnement ;

En préambule on peut souligner que l'accompagnement pourra se décliner en apport d'information (en veillant à la bonne compréhension de la personne), en l'accompagnement direct qui sera évalué au cas par cas, au renforcement des compétences de la personne (respect de la dignité, réappropriation du quotidien et lutte contre la stigmatisation).

1. Accompagnement à la vie quotidienne et à l'habitat

L'équipe d'accompagnement travaillera en lien étroit avec le pôle d'activité logement pour favoriser le maintien dans le logement. Pour cela, à l'entrée dans le logement, un état des lieux des besoins d'accompagnement devra être réalisé dans le cadre de son projet logement, celui-ci sera réévalué régulièrement. L'objet de l'accompagnement porte sur : l'aménagement du logement, l'appropriation de son espace, l'entretien, la connaissance du quartier, les relations avec le voisinage.

Dans le cadre de l'accompagnement à la vie quotidienne, l'évaluation des besoins pourra en partie se fonder sur la grille MCAS. Une attention particulière sera portée sur les points suivants : l'évaluation des besoins de déplacements, accompagner dans les démarches administratives notamment concernant l'accès aux ressources financières et au renouvellement des droits, sensibiliser à d'un budget.

Quelques recommandations :

- Intervenir en coordination avec les autres acteurs de l'accompagnement, les professionnels du soin, son entourage familial ainsi que la personne exerçant la mesure de protection juridique.
- Travailler sur le territoire, en partenariat avec les acteurs de l'habitat (services sociaux, bailleurs, professionnels du soin, équipe pluridisciplinaire de la MDPH, CAF, personnes exerçant les mesures de protection juridique et professionnels de l'aide à domicile, etc.).
- Construire des relations avec les habitants pour anticiper et prévenir les difficultés de voisinage.
- Connaître l'ensemble des ressources disponibles du quartier tant pour les besoins de base que pour la vie culturelle et citoyenne,

- Connaître les rôles et missions des différents acteurs sociaux et sanitaires du droit commun pouvant accompagner la personne.
- Identifier les associations d'entre-aide.
- Co-construire l'accompagnement nécessaire pour organiser l'apprentissage des déplacements habituels et inhabituels et le repérage/la connaissance de son quartier.
- Connaître, sur le territoire, les aides/dispositifs susceptibles de faciliter les déplacements des personnes handicapées psychiques.

Évaluer la nécessité de l'accompagner dans ses démarches pour faire valoir ses droits.

2. Accompagnement à la vie relationnelle

L'entrée dans un logement peut être un facteur supplémentaire d'isolement pour les personnes. L'équipe veillera à repérer les situations d'isolement à les évaluer et à analyser leurs causes avec la personne.

Il sera proposé si nécessaire un soutien pour développer ou maintenir des relations sociales épanouissantes, afin de soutenir par ces rencontres le vivre ensemble :

- Soit dans le cadre du dispositif, par l'aménagement de temps collectifs (ateliers, sorties, repas...),
- Soit en s'appuyant sur des ressources extérieures au dispositifs (associations, groupes de parole...),
- Soit dans le cadre d'un travail individualisé, visant à accompagner la personne dans la reprise ou le maintien de relations avec ses proches.

En accord avec la personne et avec elle, l'équipe repèrera les personnes ressources et les aidants familiaux ou amicaux, afin de maintenir une communication régulière.

Une attention particulière sera portée au repérage des situations de vulnérabilité ou de violence subies ou agies par la personne et de non-respect de ses droits fondamentaux mais aussi de ses devoirs.

Quelques recommandations :

- Co-construire avec la personne l'accompagnement visant à la soutenir dans ses relations avec sa famille, y compris dans ses souhaits de ne pas entretenir de relations avec certains membres de sa famille.
- Réévaluer régulièrement les besoins en accompagnement de la personne dans le domaine de la vie familiale, notamment lors d'événements susceptibles de les modifier.
- Reconnaître le rôle des proches dans l'accompagnement au processus de rétablissement de la personne en leur laissant, une place de collaborateur et en les accompagnant dans leur compréhension des forces et difficultés de la personne pour adopter des attitudes adaptées.
- Réaliser un accompagnement spécifique des personnes étant en couple ou ayant des enfants.

- Intégrer, dans le projet du GCSMS, les questions relatives à l'accompagnement à la vie familiale (dont la vie affective et sexuelle, la parentalité, la relation avec les proches, etc.)

3. Accompagnement à la santé

Sur le volet de la santé, l'équipe intervient dans un objectif général de promotion de la santé : pour cela elle peut mobiliser les différentes dimensions qui vont du prendre soin au soin lui-même. Elle accompagne la personne à l'accès et à la continuité des soins tant sur le volet somatique que psychique, à la prévention, au dépistage et à la réduction des risques et des dommages. Une attention particulière sera portée à la question de la souffrance psychique.

L'équipe travaille en pluridisciplinarité et chaque professionnel participe à l'amélioration du bien-être de la personne. Les soins devront participer de l'objectif global du rétablissement, plaçant la personne comme acteur et expert de son propre parcours de santé tout en lui apportant l'information la plus claire possible lui permettant de faire des choix éclairés.

L'accompagnement par les médiateurs de santé pair sera valorisé ainsi que l'échange entre pairs y compris hors dispositif (groupe d'entraide mutuel par exemple).

Sur les dimensions du bien-être et de la prise en compte de la souffrance psychique, l'équipe sera particulièrement vigilante aux situations de changement (déménagements, emploi, situation familiale ou amicale).

L'objectif global de l'accompagnement aux soins sera de permettre à la personne d'utiliser les structures du droit commun disponibles sur le territoire. L'accompagnement par les professionnels du dispositif se fera soit en substitution soit en complémentarité avec le droit commun en tenant compte du choix de la personne, de l'évaluation de ses besoins d'accompagnement et de son état de santé. Ces deux modalités ne sont pas opposables et il existe un gradient entre les deux selon les moments du parcours ; il sera nécessaire avec l'accord et la participation de la personne de maintenir une coopération entre les différents acteurs du parcours de santé.

3. Le soin et l'accompagnement aux soins

L'accompagnement au soin s'inscrit dans la prise en compte globale de la santé de la personne, à la fois physique et mentale. Il s'agira d'agir selon la temporalité de la personne tout en maintenant un équilibre entre une « posture coercitive » répondant à des mesures de gestion des risques sanitaires et une « posture laxiste » au nom du libre choix de la personne.

Les professionnels de l'équipe doivent accompagner la personne dans ses demandes de soin, notamment par l'identification des intervenants médicaux sur le territoire. Si la personne n'est pas en demande de soin, il est nécessaire de questionner avec elle les raisons de ce choix. En dehors des situations d'urgence, la démarche de l'équipe doit être non coercitive, mais doit inciter les personnes à prendre contact avec les professionnels médicaux locaux, ou à défaut, avec les médecins de l'équipe. Les prestations qui peuvent être apportées recouvrent le diagnostic, les prescriptions, la délivrance de

traitement, les gestes infirmiers, l'accompagnement vers les consultations du droit commun, le suivi et la coordination des soins. L'accompagnement à la santé s'intéresse aussi à sensibiliser au bien-être et à l'hygiène de vie.

Concernant la prise d'un traitement pour les troubles psychiques et quand cela est nécessaire, il est important d'inciter la personne à suivre une prise régulière tout en clarifiant la séparation entre le logement et le soin. Si la personne est en demande, l'équipe peut l'accompagner pour organiser les modalités de prise (fréquence, achat, prise).

Pour les personnes faisant l'objet d'une obligation de soins, les professionnels seront en charge de les sensibiliser aux conséquences judiciaires issue d'une rupture du traitement.

Quelques recommandations :

- Identifier, sur le territoire, les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale.
- Intégrer, autant que possible, les instances partenariales territoriales, et notamment le Conseil local de santé mentale,
- Favoriser la coordination entre les soins somatiques et psychiatriques, en incitant, avec l'accord de la personne, l'échange d'informations entre les différents professionnels médicaux qui l'accompagnent,
- Co-construire avec la personne l'accompagnement nécessaire à la prise de traitement.
- Observer les signes potentiellement révélateurs d'un arrêt des traitements et être à l'écoute des propos de la personne concernant son traitement,
- En cas de refus de traitement, dialoguer avec la personne et l'encourager à échanger avec son médecin prescripteur,
- Aller vers la personne si elle ne sollicite pas ou peu les professionnels.

b. Situation d'urgence et de crise

La question du respect de la dignité de la personne, des limites de chaque professionnel face aux situations critiques, des refus de soin et d'absence de demande de soin seront envisagées dans des espaces de réflexion réguliers.

L'équipe devra être sensibilisée pour repérer autant que possible, les signes éventuels d'une crise, notamment lors de moments identifiés comme potentiellement difficiles pour elle.

En cas de demande de la part du locataire pour une prise en charge urgente, l'équipe doit avoir identifié les différents interlocuteurs compétents. En absence de demande de la personne, les équipes, en amont, devront avoir identifier les signes qui constituent un risque sévère pour l'intégrité de la personne et de son entourage, et qui justifieraient sa prise en charge en urgence dans le cadre d'une hospitalisation.

En cas d'hospitalisation, l'accompagnement doit être poursuivi, si la personne le désire. Ce temps doit être utilisé pour préparer sa sortie et sa réinsertion dans son logement en partenariat avec les équipes de l'hôpital.

Quelques recommandations :

- Organiser des temps d'échange interdisciplinaires réguliers pour analyser les signes inquiétants et mener une réflexion sur les comportements à adopter, y compris en cas de risque suicidaire,
- Anticiper avec la personne et le médecin chargé de son suivi psychiatrique, les modalités de gestion de la « crise » nécessitant une hospitalisation (en urgence et programmée),
- Identifier l'opportunité, pour chaque personne, de l'accompagner physiquement à l'hôpital, afin de la rassurer et de se faire connaître du service hospitalier,
- Transmettre les informations utiles et nécessaires aux soins aux professionnels de l'hôpital, si la personne n'est pas en mesure de le réaliser elle-même en raison de son état de santé,
- Anticiper avec les services hospitaliers, la date de sortie et inviter la personne à en informer l'équipe,
- Co-construire le projet de sortie, avec la personne, l'équipe soignante, les aidants familiaux (le cas échéant) et le médecin traitant,
- Identifier auprès des secteurs psychiatriques l'organisation des permanences d'accès aux soins psychiatriques et des urgences selon l'heure, le jour, le lieu,
- Formaliser un entretien avec la personne après la « crise » et plus particulièrement lorsque les conditions d'hospitalisations ont été difficiles ou sous contrainte pour évaluer l'accompagnement proposé.

c. L'éducation à la santé, l'information, la prévention et le dépistage

Cela concerne l'ensemble des champs avec en particulier un focus sur les traitements psychotropes et leurs effets secondaires, le suivi des pathologies chroniques, la réduction des risques et des dommages, les vaccinations et le dépistage proposé en population générale ou selon les besoins spécifiques. Les médiateurs pairs pourront être des professionnels ressources permettant de « vulgariser » auprès des locataires certains concepts médicaux.

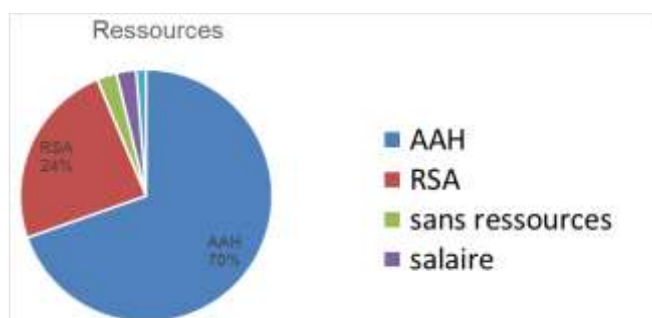
Quelques recommandations :

- Proposer des actions d'éducation à la santé en fonction des besoins repérés et attentes formulées,
- Favoriser l'entraide et l'échange des expériences entre pairs,
- Organiser la réflexion éthique concernant l'absence de demande de soin et les refus de soins,
- Accompagner la personne, en complémentarité avec ses professionnels de soin, à devenir spécialiste de la gestion de sa maladie,

- En fonction des pratiques addictives repérées et des besoins formulés de la personne, proposer un accompagnement personnalisé visant à l'aider à réduire les risques relatifs à ses pratiques addictives, notamment en lien avec la prise conjointe de neuroleptiques et de drogues, en partenariat avec les intervenants en addictologie sur le territoire.

4. Accès aux droits

Les personnes qui intègrent le dispositif peuvent être en situation de non recours important vis-à-vis de leurs droits. A l'entrée, il est nécessaire de faire un état des lieux de la situation administrative.



Quelques recommandations :

- Évaluer les besoins en accompagnement pour l'accès aux ressources financières et la gestion budgétaire, et construire avec la personne les étapes pour l'ouverture des droits.
- S'assurer régulièrement auprès de la personne de l'ouverture et du renouvellement de tout ses droits.
- Accompagner la personne dans ses démarches pour bénéficier d'une mesure de protection juridique et dans ses démarches auprès de la police et de la justice, notamment afin de les sensibiliser au handicap psychique,
- Repérer les situations de vulnérabilité (financière, physique, psychologique, etc.) en échangeant avec la personne et avec son entourage (avec son accord), et plus particulièrement avec la personne chargée de sa mesure de protection et ses proches aidants, le cas échéant,
- Construire des partenariats avec les services sociaux, les caisses d'allocations familiales et les services mandataires judiciaires à la protection des majeurs.
- Proposer à la personne d'être actrice de ses démarches en stockant ses documents sur un « cloud solidaire » et lui permettant d'en donner l'accès aux professionnels qui la suivent. C'est elle, de cette manière, qui est véritablement au centre de l'accompagnement.

5. Formation, emploi

Un recueil des besoins en formation et accès à l'emploi en milieu ordinaire ou protégé sera systématiquement proposé ainsi qu'un accompagnement si nécessaire. L'expérience du Working first

13¹¹¹ est tout à fait intéressante car elle propose un suivi intensif individualisé, illimité dans le temps à l'accès, au maintien à l'emploi sur le marché ordinaire du travail. Cette méthodologie propose un soutien en situation d'emploi. De plus on sait que l'accès à l'emploi est un puissant outil de rétablissement ; il faut régulièrement l'évoquer avec les personnes et dès que celles-ci le souhaitent, faciliter l'accompagnement. Le dispositif « emploi accompagné¹¹² » est une ressource sur les territoires.

Quelques recommandations :

- Être à l'écoute des attentes de la personne en terme d'activités. Recueillir ses centres d'intérêts et ses activités (actuelles et passées),
- Faire un bilan régulier avec la personne pour ajuster l'accompagnement,
- Identifier, sur le territoire, les structures œuvrant dans le domaine de la formation et de l'emploi.

6. Activités culturelles, citoyennes et de loisir

Il s'agit pour les équipes de susciter le désir et d'encourager la personne à aller vers des activités enrichissantes favorisant l'inclusion sociale.

L'équipe sera force de proposition et proposera un large choix d'activités. Il s'agit d'ouvrir le champ des possibles et accompagner la personne à renouer avec des éléments de plaisir et d'espoir d'une vie satisfaisante selon ses propres critères.

Quelques recommandations :

- Une fois les causes identifiées et analysées, veiller à respecter les choix de chacun de participation ou de non-participation. Donner la possibilité aux locataires de faire évoluer l'offre d'activités, et de les animer ou co-animer,
- Identifier, sur le territoire, les structures œuvrant dans le domaine de la solidarité, de la culture, des loisirs, de l'art, des sports. Travailler en partenariat avec ces derniers.

7. La démarche citoyenne et l'engagement dans des activités collectives.

Des démarches collectives se sont parfois mises en œuvre sur les sites expérimentaux ; en particulier à Marseille avec la création de l'association : les cris des saltimbanques » qui publie un journal interne destiné aux locataires.

Il y a aussi eu le soutien à la mise en route d'un groupe d'entendeur de voix en lien avec l'association nationale REV¹¹³ réseau français sur l'entente de voix.

A Lille l'association des locataires a été créée ; elle siège aux instances de décision.

¹¹¹ <http://www.workingfirst13.fr/>

¹¹² <http://travail-emploi.gouv.fr/emploi/emploi-et-handicap/article/emploi-et-handicap-le-dispositif-de-l-emploi-accompagne>

¹¹³ <http://revfrance.org/>

Point méritant une réflexion : articulation rétablissement-participation citoyenne dans et en dehors du programme Un Chez Soi d'Abord

La dynamique de participation citoyenne est longue, incertaine et soumise à des effets de sites. **Des collectifs se déploient ou non en fonction de la capacité des acteurs (usagers et professionnels) à se représenter collectivement des questions d'inégalités sociales ou de santé** sans porter une ambition de définir à priori des principes sur ce que devraient être la « bonne » insertion, la « bonne » santé mentale ou encore le « bon » rétablissement : une revendication de type droit-de-l'homme (dont le mot d'ordre associe rétablissement et pleine participation citoyenne des individus pris un par un) ne suffit pas à produire du pouvoir d'agir même lorsque soutenue par des professionnels engagés ou par une volonté institutionnelle participative. Ce qui semble être le déclencheur d'un collectif est non du discours mais des **interactions horizontales visant à plus de réciprocité entre différents acteurs sur le terrain.**

Un collectif « tient » lorsque :

- **il est construit sur une publicisation de l'expérience subjective et de l'entraide des pairs**
- **chacun a le sentiment de participer au même cadre d'injustice** que celui de ses pairs

L'intervention sociale et la psychiatrie ont été historiquement traversées par des expériences collectives d'injustice, mais la reconnaissance des sentiments moraux d'injustice de la part des usagers est récente. Ce qu'il y a de nouveau, c'est que le « nous » a pour moteur les sentiments d'injustice des usagers dont le mode de politisation ne dissocie pas la question des troubles individuels d'une problématique d'action collective. De ce point de vue, le transfert dans le contexte français du *recovery* américain a été une ressource possible pour l'action.

La présence ou l'absence d'une expérience commune représentable et partageable par le plus grand nombre des troubles, de la rue, du programme comme ressource d'accompagnement, mais aussi du programme comme expérimentation sociale et scientifique, est la condition de possibilité d'une participation d'un « nous » **impliqué et fédéré par un sentiment d'injustice, mais aussi par le sentiment de pouvoir comprendre les ressorts de cette injustice et de pouvoir la modifier.**

Extrait rapport qualitatif

En guise de conclusion sur ce chapitre nous proposons le témoignage d'un psychiatre de l'équipe marseillaise actuellement en charge du programme Ails¹¹⁴ pour Médecins du Monde qui illustre « de l'intérieur » les pratiques durant la phase expérimentale.

¹¹⁴ « Alternatives à l'incarcération par le logement et le suivi intensif dans la communauté » (Ails)

Le rétablissement décrit une trajectoire personnelle de transformation et d'acceptation de soi vers une vie satisfaisante. Les soins orientés vers le rétablissement doivent soutenir ce mouvement personnel et permettre aux participants du programme d'expérimenter des choix tout en bénéficiant d'un accompagnement qui balise les étapes décisives dans ce cheminement. L'accès au logement constitue l'étape inaugurale de l'accompagnement et s'il n'est soumis à aucune condition de ressources, de prise de traitement ou d'arrêt des substances psychoactives, le maintien dans celui-ci est soumis au respect du contrat de bail : payer son loyer, ne pas provoquer de troubles de voisinage ni causer de dégradation. Progressivement, le logement prend place dans la vie des personnes, modifie leur horizon, les invitant à se libérer des contraintes de la survie précaire pour en découvrir d'autres, en lien avec ce nouveau statut de locataire.

L'équipe de suivi doit permettre le déploiement des possibles, en garantissant la faisabilité matérielle d'une telle entreprise (le loyer, le voisinage, l'entretien) et en étant attentif aux directions que souhaitent prendre les personnes : trouver un travail, vivre son histoire d'amour, revoir ses enfants, développer une activité d'artisanat, ne rien faire, se reposer, se droguer avec assiduité... Les rencontres à domicile entre l'équipe et les participants sont hebdomadaires et peuvent être rapprochées en cas de besoin, jusqu'à être ponctuellement pluriquotidienne. Dans un premier temps l'équipe fonctionne en substitution totale des autres services de la cité (suivi médical, démarches administratives, soutien affectif). Cela est rendu possible par la pluridisciplinarité de l'équipe et par une organisation qui permet à chaque membre de l'équipe de se rendre à au domicile des participants en fonction des situations. Cette période d'accompagnement intensif vise à stabiliser la situation locative de la personne et à vivre des situations de crise qui vont permettre des apprentissages mutuels entre les participants et les membres de l'équipe. Dans cette approche orientée vers le rétablissement, la crise est appréhendée comme opportunité de changement, ces situations sont alors systématiquement reprises avec les participants de manière à ce qu'ils puissent redéfinir leurs stratégies d'adaptations et d'y situer leurs aidants naturels et l'équipe d'intervention.

A titre d'exemple, un participant sent qu'un conflit avec son voisinage risque de dégénérer, il souhaite se mettre à l'abris mais craint une hospitalisation, nous décidons avec lui qu'il passe deux nuits dans un hôtel du centre-ville. Cette mise à l'abris permet au participant d'expérimenter l'effet d'un traitement qui avait été proposé auparavant. Dans une autre situation de trouble du voisinage, un autre participant est incapable de mettre en œuvre une stratégie d'adaptation du fait de son état clinique décompensé par des consommations de psychostimulants, nous décidons d'une hospitalisation sous contrainte. Les deux situations décrivent des crises au sens où des tiers (ici l'équipe) sont légitimes pour prendre des décisions et intervenir. Dans la première situation, le participant nous permet d'élaborer avec lui une stratégie, dans la seconde, nous sommes invités à intervenir sur le mode du « retenez-moi ou je fais un malheur ».

Le participant impliqué dans la première situation a pu verbaliser son vécu paranoïaque dans une relation de confiance avec l'équipe et commencer à parler des moyens pour faire face à ce vécu. Nous avons pu comprendre avec le second qu'il n'avait connu que des hospitalisations sous contrainte ou des incarcérations, nous avons donc travaillé son besoin de mise à l'abris et les modalités de demande d'hospitalisation libre. Une fois la phase aigüe passée, les enseignements des crises doivent aboutir à la rédaction de directives anticipées qui spécifient les conditions et modalités d'intervention des tiers en cas de nouvelle crise et de modifier les plans d'intervention pour éviter leur survenue. **Thomas Bosetti**

VI) Le parcours des personnes accueillies dans le dispositif

A. L'entrée dans le dispositif

1. Les obligations réciproques

La personne accueillie est tenue de respecter deux obligations, d'une part recevoir l'équipe à son domicile (ou à défaut dans un lieu choisi dans la cité) au moins une fois par semaine et d'autre part payer le résiduel de loyer à partir du moment où elle a des ressources ; attention à bien noter que ce résiduel ne doit pas dépasser 30% des ressources pour permettre une vie digne dans le logement.

Les obligations du dispositif sont définies dans le livret d'accueil qui est remis à la personne en veillant à sa bonne compréhension lors des premières rencontres.

2. Accompagner la transition rue/logement

a. Les premières rencontres

Les premières rencontres sont très importantes car elles permettront la création du lien de confiance entre la personne et l'équipe. Il s'agira de ne pas être trop intrusif dans les questions et de toujours rattacher les demandes aux objectifs concrets de l'accompagnement et en particulier sur cette première phase à la question du choix de l'appartement.

Le temps à la rue ou en hébergement d'urgence doit être le plus court possible suite à l'intégration sur le dispositif mais parfois l'accès au logement peut prendre un certain temps. Pour autant il est important de rappeler que le dispositif propose un accès sans délai au logement c'est-à-dire qu'il n'y a pas à demander à la personne l'ensemble des pièces justificatives habituellement demandées dans le cadre de l'IML classique ; la personne a des droits potentiels et elle peut donc accéder au logement. C'est le dispositif qui prend en charge financièrement les couts si nécessaire le temps que la personne ait ouvert ses droits.

Une évaluation des besoins est réalisée rapidement (tout en respectant le rythme de la personne) afin de définir avec elle les modalités et les buts de l'accompagnement à mettre en place, ce qui guidera les rencontres avec les professionnels au moins pendant les premières visites. Cette première évaluation identifie ce qui est important pour elle (ses aspirations, ses buts, ses rêves etc... Bien entendu, cela est évolutif. Dans un premier temps, une attention particulière sera portée sur la situation administrative, et à l'ouverture des droits. L'accompagnement doit se centrer sur l'identification des potentialités et des savoirs faire (par exemple ceux issus de l'expérience) de la personne et non pas sur ses faiblesses. L'équipe devra s'attacher à reconnaître et tenir compte de toutes les demandes (y compris celles pouvant apparaître éloignées de la réalité) et de la moindre motivation pour accompagner la personne dans son parcours de rétablissement, et de le décliner en objectifs concrets et réalisables.

Dans une démarche respectueuse des choix, si la personne n'est pas prête à envisager un projet d'accompagnement large, il demeure important de maintenir les visites autour du projet de logement et de proposer régulièrement d'autres pistes pour mobiliser la motivation. Il est privilégié que les rencontres soient répétées mais de courte durée si la personne est réfractaire.

La plupart du temps c'est le projet logement qui va occuper les premières rencontres avec les obligations liées à la signature du contrat de bail et du contrat de prise en charge. Ce dernier définit les objectifs et la nature de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations des bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes. C'est un enjeu central du droit des personnes au sein du dispositif.

Un livret d'accueil est remis qui présente les principes phares du dispositif et notamment la place du choix et de la séparation entre le traitement et le logement, le fonctionnement de l'équipe en multi-référence, qui peut porter à confusion pour les locataires mais aussi repère les professionnels, donne les numéros d'urgence. Ainsi le livret d'accueil assure une présentation de la structure en établissant un état précis des lieux et un inventaire rigoureux des prestations, accompagnements et interventions délivrés permettant à la personne de disposer d'une information objective sur la gamme des services mis à sa disposition. Il est obligatoirement annexé au livret d'accueil une charte des droits et libertés de la personne accueillie

b. Le choix du logement

La proposition d'un logement doit être réalisée sous 8 semaines. La rapidité de l'installation d'une personne résulte de la qualité des échanges quasi quotidiens entre les équipes de gestion locative et l'équipe dédiée à l'accompagnement afin de « coller » au plus près des attentes de la personne concernant le logement (taille, loyer, périmètre, étage...) et éviter la rupture dans l'offre ou au contraire la vacance des logements.

Il est recommandé qu'un membre de l'équipe d'accompagnement et le gestionnaire locatif accompagnent la personne dans la visite de plusieurs logements. Le futur locataire peut refuser un appartement, il devra alors lui en être présenté un autre jusqu'à que cela convienne à ses attentes. Il arrive souvent qu'une personne fixe son choix sur un logement avant de changer d'avis. Cela implique donc des jours de vacances pour certains logements. Lorsque la personne a arrêté son choix sur un logement, une date de signature de bail est fixée.

La signature du bail et l'état des lieux sont une étape importante qui doit être menée avec les équipes en charge de l'accompagnement et du logement et le sous-locataire. Lors de cette rencontre avec le sous-locataire, le gestionnaire locatif explique tous les éléments du contrat de location, effectue avec la personne l'état des lieux entrant et la remise des clés. Les professionnels devront

s'assurer de la bonne compréhension par le locataire des informations qui viennent de lui être données, notamment concernant sa responsabilité en terme de tenue du bien.

Le gestionnaire doit également mettre en place l'assurance du logement, le paiement des loyers au propriétaire, effectuer un double des clés du logement, et établir le contrat EDF.

Quelques recommandations :

- Réaliser lors de la signature du bail et de l'état des lieux, le remplissage du dossier de demande d'aide au logement ainsi que le contrat d'assurance habitation,
- S'assurer que le locataire a bien compris l'ensemble des informations importantes, notamment sur les différents documents qu'il doit signer,
- Réaliser un bout d'un mois un rendez-vous entre le locataire et le gestionnaire locatif pour faire un bilan sur ce premier mois passé dans le logement et mettre en place les premiers paiements,
- Lister le panier de biens quotidien nécessaires à l'aménagement qui peuvent être payés par l'équipe d'accompagnement

c. L'entrée dans le logement

Le gestionnaire logement doit anticiper l'entrée effective dans le logement du locataire. Il devra s'assurer de leurs besoins en équipements. Si nécessaire, le gestionnaire locatif a la charge de fournir un mobilier minimum (lit, frigo, plaque chauffante, table, chaises...) permettant l'installation de la personne et fournit (ou parfois cela est réalisé par l'équipe d'accompagnement) selon les besoins du locataire un kit d'équipement (linge de maison, vaisselle, nécessaire de toilette, petit équipement, téléphone, produits d'entretien, nourriture...), pour que la personne puisse vivre dans le logement dès les premiers jours. L'équipe d'accompagnement sera en charge de planifier les achats en fonction des envies de la personne, de l'urgence et de ses ressources.

Il est important d'identifier le niveau de connaissance de la personne de son quartier. Il peut être envisagé de réaliser des visites du quartier avec le locataire, permettant d'identifier les services de proximité, les personnels de santé, les commerces, etc.

Lors de la remise des clés, le locataire doit être informé de la possibilité de confier un double à l'équipe. Ce double ne pourra être utilisé pour ouvrir l'appartement :

- Si le locataire perd ses clés,
- Pour récupérer des affaires avec l'accord du locataire, si celui-ci est dans l'impossibilité de se déplacer (hospitalisation, incarcération...),
- En cas de non-réponse jugée « à risque » après plusieurs sollicitations de l'équipe, selon des modalités qui doivent co-construite. Ces modalités seront notifiées à la personne et pourront faire l'objet de réévaluation si besoin.

3. L'enjeu du maintien : un des axes de l'accompagnement

Vivre dans un logement n'est pas forcément facile pour des personnes ayant connu une expérience de rue. Lors des premiers jours, il est important d'être attentif aux situations d'isolement, qui sont une cause de rupture de l'accompagnement.

Le déménagement peut s'accompagner d'une période transitoire, où la personne choisit de dormir dans son logement mais aussi ailleurs (rue, hébergements d'urgence, particuliers...). L'accompagnement doit être intensif sur cette période d'installation et la difficulté de la personne à s'installer dans son logement et un signal de renforcement nécessaire de l'accompagnement. L'équipe doit s'efforcer de réaliser les visites là où la personne se trouve réellement, afin de maintenir le contact.

Tout au long du parcours dans le dispositif, les demandes de changement de logement quelle qu'en soit la raison doivent être prises en compte par le gestionnaire et l'équipe d'accompagnement. Ces demandes ne seront pas toujours suivies d'une réponse positive bien entendu mais ce sont des outils de travail pour les équipes afin d'aider à mieux connaître les personnes accompagnées et leurs besoins. C'est aussi un outil dans le parcours de rétablissement.

4. L'accompagnement au rétablissement

L'équipe vise à accompagner et soutenir les personnes dans leur parcours de rétablissement ; c'est ce qui doit guider les actions et cela doit aussi s'appuyer sur les plan individuels de rétablissement ; il n'est pas repris ici l'ensemble des outils présentés dans le chapitre précédent mais il faut insister sur la notion de dynamique et le fait que l'équipe ouvre ce que l'on peut appeler « l'espace des possibles » autrement dit permet à la personne de saisir des opportunités ou de gagner des défis qu'elle n'aurait même pas envisagé seule. C'est ce qui lui permettra de se projeter.

5. L'engagement des locataires : dépasser la notion de participation

La participation est un premier pas pour faciliter la reprise de pouvoir sur sa propre vie, les personnes se sentant souvent impuissantes à changer les choses qui les entourent. Le processus de rétablissement a une dimension singulière, basé sur la capacité à réacquérir du pouvoir sur soi et sur le monde. Mais ceci n'est pas simplement l'affaire des personnes elles-mêmes et passe par le fait de changer la vision de la société : processus d'inclusion sociale impliquant une acceptabilité plus large de l'environnement vis-à-vis de personnes vivant avec un trouble psychique sévère. Il faut lutter contre la stigmatisation et la discrimination.

La participation s'inscrit dans l'évolution des manières de travailler : le passage de « faire pour » à « faire avec » les personnes. Dans un second temps, il s'agit de mettre en place les conditions nécessaires à l'intégration des personnes dans le processus décisionnel affectant, au-delà de leur situation, l'organisation même des services qu'elles utilisent. Il s'agira alors de passer de la concertation à la codécision.

La participation des personnes passe donc à minima par la présence de représentants dans les instances de gouvernance qui apportent des propositions concernant le dispositif et qui sont sollicités pour toutes questions d'ordre éthique.

L'embauche de travailleurs pairs au sein des équipes et la valorisation des apports qu'ils amènent est aussi un des moyens choisis par le programme pour arriver à cela.

Quelques pistes :

- Garantir la participation des personnes à l'élaboration du livret d'accueil, à la réactualisation du règlement de fonctionnement, au projet d'établissement ou de service et à la démarche d'amélioration continue de la qualité,
- Soutenir les initiatives des personnes dans la mise en œuvre d'actions collectives au sein du dispositif ou à l'extérieur,
- Travailler en partenariat étroit avec les associations d'usagers et les groupes d'entraide mutuelle

B. La sortie du dispositif

L'équipe doit envisager la sortie des locataires du dispositif. Celle-ci peut être à la suite d'un glissement de bail, ou d'une rupture de l'accompagnement décidée par le locataire ou le GCSMS. Ce point est très important même si la question de la durée de séjour n'est pas un élément pris en compte dans le dispositif. Envisager la question de la sortie c'est aussi ouvrir le dispositif sur son environnement, c'est maintenir la relation avec la personne dans une dynamique positive, ceci bien évidemment sans injonction à sortir. Il existe donc bien une tension entre laisser le temps nécessaire à la personne et l'accompagner dans une dynamique de changement sur son parcours de rétablissement. Une des clés pour arriver à maintenir cette tension de façon positive c'est de toujours se poser la question de qui conduit le mouvement : la personne ou le professionnel et de ne pas prendre le gouvernail mais régulièrement faire un pas de côté pour laisser la place à la personne.

1. Sortie de l'accompagnement par choix du locataire

L'accompagnement vers la sortie s'envisage selon un plan co-construit avec la personne et l'ensemble des acteurs et aidants qu'elle souhaite associer. Lors de la sortie, l'équipe informera les autres acteurs participant à l'accompagnement sauf si la personne s'y oppose.

Par ailleurs, si le locataire change de zone géographique, l'équipe peut l'aider à repérer le réseau d'interlocuteurs locaux professionnels, voire entamer des prises de contact par avance.

Le locataire peut aussi choisir de quitter le dispositif pour intégrer des structures où le suivi, notamment médical sera plus important. Il sera important de veiller à la mise en réseau des professionnels pour éviter la perte d'information, notamment concernant l'accompagnement ou le dossier médical.

Lorsqu'une personne demande qu'il soit mis fin à son accompagnement, lorsqu'elle est prise en charge par un autre établissement ou service sanitaire ou médico-social ou lorsqu'elle cesse tout contact avec l'équipe pluridisciplinaire, elle conserve pendant un délai de six mois le droit à ce qu'elle soit reprise à sa demande, sans délai et sans conclusion d'un nouveau contrat de prise en charge. Cette réintégration ne concerne que le volet accompagne. La personne pourra se voir attribuer un nouveau logement, dans les mêmes conditions qu'une première entrée.

Lorsque le nombre de personnes dont le contrat de prise en charge est ainsi suspendu excède 10% de la capacité d'accompagnement, l'organisme gestionnaire en informe sans délai le directeur général de l'agence régionale de santé.

La fin de l'accompagnement se matérialise par la signature d'un contrat de fin de prise en charge (le pendant du contrat de prise en charge signé à l'entrée). La plupart du temps la sortie est anticipée mais lorsque la personne est perdue de vue le délai des 6 mois s'applique et à son terme, la personne est considérée comme sortie du dispositif.

2. Rupture de bail et rupture de l'accompagnement

Les situations pouvant amener à la rupture du bail comme par exemple, le non-paiement réitéré de loyer, la dégradation des logements ou les troubles du voisinage feront l'objet d'une attention particulière afin de trouver des solutions les plus adaptées possibles y compris des mesures de prévention ou de relogement. En cas de rupture de bail, le service de gestion locative sera en charge d'en informer le locataire selon les procédures réglementaires. La rupture de bail n'entraîne pas de rupture d'accompagnement.

Enfin, il peut arriver que la fin de l'accompagnement ne soit pas anticipée par l'équipe. En cas de rupture brutale du contact avec le locataire, il est nécessaire de mobiliser les différents moyens à disposition pour le contacter. Les autres partenaires qui suivent la personne pourront être mobilisés en cas de disparition inquiétante.

Lorsque que la sortie du programme est décidée par le GCSMS, celle-ci ne peut intervenir que face à des situations particulièrement complexes et notamment les cas de violence de la part d'un locataire.

Face à des situations complexes, une instance type « comité éthique » dont le cadre est proposé en annexe de ce document pourra être sollicitée pour résoudre ce type de situation. Cette instance pourra être saisie par le conseil de vie sociale ou toute autre instance représentative des locataires ou les équipes.

3. Le dispositif ne « marche » pas pour tout le monde

Partout où il a été mis en œuvre, il a été noté qu'entre 20 à 30% des personnes ne souhaitent pas ou ne peuvent pas se maintenir dans le dispositif ; des solutions autres doivent être proposées en particulier pour les personnes qui souhaitent vivre sur des structures qui proposent un soutien collectif des solutions type maison relais, pension de famille ou résidence accueil pourront être proposées. C'est à l'équipe d'accompagner les personnes visiter d'autres dispositifs et de soutenir la demande de personnes auprès de ces établissements.

4. La gestion des décès

Les personnes qui intègrent le dispositif ont un état de santé très dégradé et des décès vont malheureusement se produire. Une procédure devra être mise en œuvre pour accompagner le décès à la fois sur le volet des familles, des autres personnes accompagnées mais aussi de l'équipe.

La participation aux obsèques pourra aussi être envisagée y compris sur le plan financier si la famille est absente.

Enfin chaque décès devra être traité avec attention par l'ensemble des professionnels autour de la question de la coresponsabilité : quelle mesure est-il possible de mettre en œuvre pour réduire les risques ? en particulier sur la question de la prise de produits psychoactifs, un travail de prévention adapté et individualisé doit être mis en œuvre.

VII) Le dispositif et son environnement

A. Généralités

L'objectif du dispositif est de soutenir le processus d'empowerment vers une citoyenneté pleine et entière de chaque personne accueillie. A cet effet, l'équipe doit au maximum s'appuyer sur les ressources de la communauté pour accompagner les personnes. Celles-ci pouvant dans un second temps utiliser elles-mêmes ces ressources. Un travail doit être mis en œuvre autour du partenariat selon deux axes, d'une part des partenariats conclus via des conventions avec des acteurs incontournables : la PASS, les secteurs de psychiatrie, des bailleurs sociaux, etc... et d'autre part un partenariat « fin » qui relève plus du travail de réseautage autour de chaque situation et à l'échelle du quartier. Ceci amène les professionnels à utiliser eux-mêmes ces ressources avec la personne : utiliser

un cybercafé pour les démarches administratives, la laverie avec la personne, le centre social pour des activités culturelles ou sportives, etc....

L'inventivité et la « débrouille » seront valorisés et les bons plans seront partagés entre personnes accueillies. L'environnement doit être un acteur clé sur lequel s'appuie l'activité. Pour cela, un travail de communication est nécessaire ; chaque équipe pourra utiliser des outils différents comme par exemple : petit déjeuner mensuel où sont invités des partenaires et des personnes accueillies, journées porte ouverte, organisation d'évènement, envoi de documentation sur le dispositif, présentation d'action de personnes accueillies, création d'outils de communication ad hoc, etc...



La communication est un outil de travail en tant que tel au service des personnes accueillies et elles devront elles aussi y participer ; à titre d'exemple sur le site de Marseille une association de locataires du dispositif a été créée et publie un mensuel « la feuille de chou » qui devient un outil de communication pour le dispositif au-delà de son rôle pour les locataires eux-mêmes.

B. La place des organisations représentant les personnes accueillies

Durant la phase expérimentale, elles ont été impliquée de façon différente suivant les sites. C'est un enjeu important et une obligation du décret en les associant au groupement via des conventions mais c'est aussi un « outil » important d'accompagnement car ces associations pourront proposer du soutien entre pair par exemple. Au fur et à mesure de la montée en charge, les personnes accueillies elles-mêmes seront intégrées aux instances du dispositif et du groupement via des représentants ; la forme de représentation peut être variable.

Les associations ou collectifs impliqués durant la phase expérimentale : ADVOCACY, FNAPSY, UNAFAM, CRPA et à Toulouse : Toutes voiles dehors, à Lille : le collectif des SDF, à Marseille « le cri des saltimbanques » (liste non exhaustive)

VIII) Limites et conditions de réussite

Le dispositif est un modèle complexe qui doit être en continuelle interaction avec son environnement. C'est une organisation qui doit être analysée de façon systémique et tout élément dysfonctionnel peut entraîner un problème sur l'ensemble du système. Nous vous conseillons donc d'être très vigilant aux indicateurs de suivi et d'alerte et très réactif en tant que gestionnaire ou manager aux signaux dits « faibles » mais qui dans un tel système ont souvent une fonction d'alerte. Tout ce qui anticipe ou traite les difficultés en temps réel évitera des difficultés qui pourraient se révéler majeures par la suite.

La bonne connaissance du modèle et l'appropriation des valeurs et principes du modèle sont essentielles à tous les niveaux de l'organisation y compris les personnes accueillies qui deviennent elles-mêmes des ambassadrices du modèle.

La conviction des préjudices subis par les personnes accueillies du fait de la stigmatisation portée aux personnes souffrant de troubles psychiques est fondamentale car l'équipe va devoir si elle est réellement orientée rétablissement travailler à plus de 50% hors les murs et défendre la cause des personnes discriminées.

Le parcours de rétablissement est individuel et non linéaire et pour progresser il doit se nourrir de dynamique et de créativité ; c'est le rôle des professionnels que de faire des propositions et de soutenir les personnes à saisir les opportunités. Ce travail nécessite que les équipes elles-mêmes soient soutenues et accompagnées par le groupement dans cette dynamique.

L'environnement peut être un frein tant sur la question du manque de logement financièrement disponible, à l'absence de glissement des baux, au maintien des personnes dans des situations de pauvreté monétaire et au peu de services de psychiatrie proposant des soins orientés rétablissement.

Enfin le nombre élevé de décès au sein du dispositif témoigne de l'état de santé très dégradé des personnes à leur entrée. Orienter les personnes jeunes est un challenge tant par le fait qu'avant 25 ans elles n'ont en général pas de ressources ce qui oblige le dispositif à prendre en charge l'ensemble des coûts mais aussi parce que pour les plus jeunes, l'acceptation des troubles et de la nécessité d'un accompagnement n'est pas simple.

Partie 4 : Evaluer le dispositif

I) Pourquoi évaluer ?

L'évaluation est un enjeu central du dispositif « Un chez-soi d'abord ». Dans la plupart des pays où les programmes « housing first » ont été déployés, ils ont fait l'objet d'une évaluation rigoureuse permettant de montrer leur efficacité et de corriger ou adapter le cas échéant les actions menées ; la stratégie est donc une « evidence based practice » ou pratique basée sur les preuves. En France, la recherche évaluative a de plus permis de montrer que le programme était non seulement efficace mais aussi efficient c'est-à-dire qu'il permettait une meilleure performance de la dépense publique.

Le maintien d'un suivi national par la Dihal lors de la phase de déploiement du dispositif sur les 5 ans a été acté par le premier ministre : il s'agit de montrer l'effectivité de la stratégie lorsque l'on passe de l'expérimentation à un dispositif en « vie réelle ». Pour cela, il est proposé un suivi rigoureux basé à minima sur un tableau de bord comprenant 14 indicateurs ainsi qu'une liste de données relatives aux personnes à l'entrée et à la sortie du dispositif (annexe b, c, d du document « suivi et évaluation »). Ces éléments devront être renseignés annuellement par les gestionnaires des dispositifs et transmis aux ARS, aux DRDJSCS et à la Dihal ; ils feront l'objet d'une présentation au comité de suivi du dispositif « Un chez-soi d'abord ».

Comment mettre en œuvre le plan de suivi et d'évaluation ? Sur la première année de déploiement du dispositif, une procédure est mise en place pour tester les indicateurs d'évaluation et la méthode de suivi. Cela permettra notamment d'inscrire, comme prévu dans l'Art1 du décret 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord », une liste des données « anonymisées relatives aux personnes accueillies et à leur accompagnement, (...) dans un **arrêté** conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la santé, de la sécurité sociale et du logement ».

Sur cette première année, il est demandé aux gestionnaires de remplir une grille d'évaluation standardisée permettant :

- De renseigner les données du tableau de bord et celles relatives aux personnes à l'entrée et à la sortie (annexe b,c,d)
- De renseigner des données complémentaires relatives aux RH et aux budgets demandées par ailleurs par les ARS et les DRDJSCS

De plus il sera demandé aux gestionnaires d'engager avec la Dihal :

- Une réflexion sur un logiciel ad hoc permettant une saisie des données en continue et des requêtes préétablies pour les indicateurs de suivi
- Un test en situation par les équipes sur la faisabilité de la saisie des données afin d'ajuster les ambitions du recueil

Comment utiliser le plan de suivi et d'évaluation ? Le document détaille l'ensemble des questions évaluatives, les indicateurs avec la méthode de calcul et la liste des données à recueillir pour le suivi de ces indicateurs et enfin les cibles à atteindre avec une cotation sur une échelle de 1 à 3 avec un système de couleur.

II) Généralités et cadre théorique

Le concept d'évaluation est difficile à cerner car il est polysémique¹¹⁵ pour autant sa nature fait consensus : « Évaluer consiste fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention en mettant en œuvre un dispositif permettant de fournir des informations (...) sur l'intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes, de façon à ce que les différents acteurs concernés (...) soient en mesure de prendre position sur l'intervention et de construire un jugement qui puisse se traduire en actions. (Contandriopoulos et al., 2000) »¹¹⁶. Ainsi « l'évaluation se définit globalement comme un processus d'observation et de comparaison [qui] s'établit toujours entre des données recueillies par des techniques de questionnement ou d'observation et un ensemble de normes, règles ou repères, appelé référentiel. En l'absence de moyens de comparaison, la démarche se réduit à une activité de suivi ou « monitoring », sans véritable évaluation »¹¹⁷.

En santé publique, on distingue d'une part la **recherche évaluative** dont a fait l'objet le programme « Un chez-soi d'abord » dans sa phase expérimentale et qui a cherché à démontrer scientifiquement l'efficacité de la méthode d'intervention avant sa généralisation et d'autre part l'**évaluation pragmatique** qui vérifie sur le terrain, les performances obtenues par l'application de la méthode d'intervention, ici l'implantation du dispositif « un chez-soi d'abord ». La démarche d'évaluation pragmatique est un **outil de pilotage** car ses conclusions pourront justifier la mise en place de modifications dans le déroulé des actions. Pour cela il est important de s'entendre sur les missions de l'évaluation ou sur les questions évaluatives.

Modélisé par J. Plante en 1990 (Figure 1) on distingue généralement comme missions à l'évaluation de mesurer la **pertinence** de l'action c'est-à-dire le lien entre les objectifs et les besoins identifiés, sa **cohérence** qui porte sur le lien entre les différentes composantes mises en œuvre, son **efficacité** c'est-à-dire la relation entre les objectifs et les résultats, son **efficience** qui cherche la relation entre les ressources attribuées et les résultats, son **impact** c'est-à-dire les effets à moyen et long terme observés plus largement (acteurs et environnement). Plus récemment, la recherche de **performance**¹¹⁸ est

¹¹⁵ Il peut renvoyer à des objets (évaluation de politique, de programme,), des finalités (évaluation formative, managériale,), des approches (collaborative, participative,), des types de questionnement (pertinence, efficacité, impact), des disciplines ou méthodes (quantitative, qualitative, ...), des modes opératoires (interne, externe,), des temporalités (ex ante, ex post) ou des natures d'activité (recherche évaluative, suivi) différentes.

¹¹⁶ Évaluation d'une action de santé publique : Recommandations. Paris : Andem, 1995

¹¹⁷ *ibid*

¹¹⁸ Mise en œuvre en 2006 suite à la réforme de la LOLF votée en 2001

*qu'une gouvernance efficace, des formations ad hoc, un suivi régulier, une politique qualité et un management adapté*¹²²».

III) Méthode de construction du cadre évaluatif

Le cadre évaluatif proposé pour le suivi du dispositif ACT « Un chez-soi d'abord » est construit à partir de trois éléments : les objectifs inscrits dans le cahier des charges, les recommandations de la phase de recherche et les principes du modèle. Seront en particulier ciblés les résultats attendus pour chaque objectif et les méthodes proposées pour y arriver ainsi que la qualité du service apportée à la personne. Il s'agit de répondre à la question de l'effectivité du dispositif dans sa phase d'implantation. Les principales questions évaluatives sont :

- Est-ce que les résultats de la phase expérimentale se maintiennent lors du déploiement ?
- Est-ce que le dispositif répond bien aux besoins du territoire ?
- Est-ce que la stratégie mise en œuvre par le GCSMS respecte le cahier des charges national ?
- Est-ce que les usagers sont satisfaits des services proposés ?

Pour y répondre, le gestionnaire du dispositif devra assurer le suivi d'indicateurs dont la liste est prédéfinie ; un volet qualitatif permettra de mesurer la satisfaction des personnes accueillies et la fidélité au modèle.

Ces éléments seront la base à l'évaluation interne et externe réglementaire dans le cadre de la Loi de 2002-2. Il s'agit d'inscrire les dispositifs ACT « Un Chez-soi d'abord » dès le début dans un processus continu d'amélioration de la qualité.

L'ensemble des données seront adressées aux financeurs et à la Dihal. Cette dernière assurera le suivi de l'évaluation sur l'ensemble des sites et la présentation annuelle des principales données aux membres du comité de suivi national (tableau de bord ad-hoc annexé à ce document) ; des éléments complémentaires pourront être demandés selon les situations.

A. Axes de l'évaluation

<u>axes</u>	<u>Questions principales</u>	<u>attendus</u>
<u>Efficacité</u>	Est-ce que les personnes accueillies sont logées ? Est-ce que les personnes intégrées restent dans le dispositif ? Est-ce que les personnes vont vers une intégration sociale et de santé ?	Maintien dans le logement Maintien dans le dispositif Accès aux droits aux soins et à la citoyenneté
<u>Qualité</u>	Est-ce que le temps moyen d'accès au logement est respecté ?	Satisfaction et participation des personnes accueillies
<u>Fidélité au modèle</u>	Est-ce que le suivi est intensif ?	

¹²² ibid

	Est-ce que les outils des soins orientés rétablissement en santé mentale sont utilisés ? Est-ce que les choix des personnes sont respectés ? Est-ce que les droits des personnes sont respectés ? Est-ce que le modèle est respecté ?	Accès à la citoyenneté pleine et entière et inclusion dans la cité Respect du choix des personnes sur toutes les actions les concernant Fidélité au modèle « Housing first » et « de soins orientés rétablissement »
<u>Pertinence</u>	Est-ce que le dispositif cible la population attendue ? Quelles sont les personnes pour lesquelles le dispositif n'est pas adapté ? Est-ce que les orientations vers le dispositif sont adaptées ?	Le dispositif cible préférentiellement les personnes à la rue en UHU ou en sortie d'incarcération Le dispositif participe à la veille sur le territoire
<u>Performance</u> <u>Efficienne</u>	Est-ce que l'organisation mise en place permet d'atteindre les résultats ? Est-ce que le modèle économique est maintenu ?	Le dispositif est cout efficace L'organisation respecte le cahier des charges Le système d'information permet le suivi du dispositif

B. Indicateurs retenus sur chacun des axes

L'objectif général de la démarche d'évaluation est d'apporter à l'ensemble des parties prenantes des outils de pilotage et de garantir aux personnes accueillies une qualité du service rendu.

Cette démarche sera par ailleurs articulée avec les évaluations internes et externes obligatoires dans le cadre de la Loi de 2002-2 ; ce point sera développé plus avant.

L'expérimentation et les programmes menés à l'international ont permis de définir des cibles ou benchmark pour certains indicateurs ; Ils sont donc déterminants dans l'évaluation de l'axe et feront l'objet d'une remontée nationale par l'ensemble des sites. Les autres indicateurs feront l'objet d'un suivi d'activité dans le cadre du bilan annuel. L'ensemble des données devront être saisies sur un support informatique afin de pouvoir générer des requêtes automatiques pour ne pas alourdir le travail des équipes.

Un tableau Excel joint à ce document définit précisément l'indicateur, son objectif, son mode de calcul et les modalités de recueil des données. Une liste indicative des données à recueillir, par personne et par structure est en annexe de ce document. Certains indicateurs seront renseignés sur 12 ou 24 mois, sur l'ensemble de la cohorte et d'autres sur un échantillon ; ces points sont précisés plus avant ; une revue de dossier permettra d'apporter des éléments objectifs complémentaires si nécessaire.

Les indicateurs dans la liste ci-dessous sont classés par (1) indicateur d'évaluation car faisant l'objet d'une cible et (2) indicateur de suivi ;

1. Axe 1 : efficacité du dispositif

Indicateur d'évaluation :

- E1 : Taux de personnes accueillies qui sont logées sur les 12 mois
- E2 : Taux de personnes accueillies qui sont perdues de vue sur les 12 mois
- E3 : Taux de personnes ayant quitté le dispositif sur les 12 mois avec une solution de logement et de suivi dans le droit commun
- E4 : Profil des personnes ayant quitté définitivement le dispositif sur les 12 mois

Indicateur de suivi

- E5 : Taux de personnes accueillies ayant un bail direct ou un glissement du bail sur les 12 mois
- E6 : Taux de personnes accueillies dont le revenu ou la stabilité de revenu s'est amélioré sur les 12 mois
- E7 : Taux de personnes accueillies par les services de droit commun (santé et social) sur les 12 mois
- E8 : Taux de personnes accueillies pouvant faire appel à une personne de confiance hors professionnels de l'équipe sur les 12 mois
- E9 : Evolution de l'état de santé (CIRS) sur 24 mois
- E10 : Nombre d'hospitalisation sur 12 mois
- E11 : Nombre d'incarcération sur 12 mois
- E12 : Nombre de formations produites par le dispositif sur 12 mois

2. Axe 2 : qualité et respect des droits des personnes ; fidélité au modèle

Indicateur d'évaluation :

- Q1 : Durée moyenne d'accès au logement dans les 12 mois
- Q2 : Nombre moyen de contact mensuel sur les 12 mois
- Q3 : Taux de personnes ayant un plan de rétablissement rédigé sur l'année ou évalué au moins une fois sur les 12 mois
- Q4 : Score moyen sur l'échelle de fidélité au modèle (PTH) et par domaine
- Q5 : Niveau d'évaluation du respect du choix des personnes sur le questionnaire de satisfaction (sur une échelle de 1 à 4) ou les focus groupe sur les 12 mois
- Q6 : Taux de mesures souhaitées par les personnes accueillies mises en œuvre dans le cadre des instances de participation sur les 12 mois

Indicateur de suivi

- Q7 : Taux moyen de relogement/nombre moyen de relogement souhaité par les personnes sur les 12 mois
- Q8 : Mesure du score de fidélité au « service orienté rétablissement » (RSA) professionnels et personnes accompagnées tous les 24 mois
- Q9 : Nombre de réunion annuelle d'une instance d'expression collective des personnes accueillies sur les 12 mois
- Q10 : Taux de personnes ayant répondu au questionnaire de satisfaction sur les 12 mois
- Q11 : Nombre d'évènement indésirable (EI) répertoriés sur les 12 mois
- Q12 : Taux d'EI ayant eu une mesure correctrice sur les 12 mois
- Q13 : Taux d'EI répertorié lié à des violences ou discriminations subies par les locataires dans les 12 mois
- Q14 : Taux de professionnels participant aux regroupements nationaux ou aux formations sur les 12 mois
- Q15 : Taux de participation des professionnels aux instances du groupement sur les 12 derniers mois
- Q16 : Taux de participation des locataires aux instances du groupement sur les 12 derniers mois

3. Axe 3 : pertinence du dispositif

Indicateur d'évaluation :

- P1 : profil des personnes à l'entrée dans le dispositif sur les 12 mois
- P2 : Taux de nuits passées à la rue ou dans un UHU ou en incarcération dans les 6 mois avant l'entrée pour les personnes accueillies dans les 12 mois
- P3 : Taux de demandes adaptées lors des commissions sur les 12 mois

Indicateur de suivi

- P4 : profil à l'entrée des personnes qui ont quitté le dispositif dans les 6 premiers mois ou PDV précoce sur les 12 mois
- P5 : Nombre de partenariat et/ou convention signées sur les 12 mois
- P6 : Taux de bailleurs et de voisins contactés pour l'analyse de satisfaction (24 mois)
- P7 : Taux de réponse des bailleurs et voisins

4. Axe 4 : performance et efficience du dispositif**Indicateur d'évaluation :**

- PF1 : Taux de remplissage moyen annuel du dispositif
- PF2 : Taux moyen annuel de personnes logées/personnes accueillies sur 12 mois
- PF3 : Vacance moyenne des logements hors travaux et squat sur 12 mois




Indicateur de suivi

- PF4 : Nombre d'ETP/personnes accompagnées
- PF5 : Taux moyen d'impayés de loyer sur 12 mois
- PF6 : % du budget du BOP 177 consacré aux grosses réparations
- PF7 : Qualité du système d'information
- PF8 : Taux de données manquantes lors de l'évaluation
- PF9 : Nombre et type de cofinancements
- PF10 : Taux de rotation des professionnels du dispositif

C. Tableau de bord de suivi national

Dans le cadre du suivi national du déploiement délégué à la Dihal, un tableau de bord sera renseigné chaque année par les gestionnaires du dispositif. Ce tableau de bord porte sur les indicateurs d'évaluation ; il est proposé au regard de leur résultat de leur attribuer un niveau d'alerte sur une échelle de 1 à 3. Ce document servira de base de discussion avec le comité de suivi national et permettra de travailler si nécessaire à des aménagements du cahier des charges. Les scores sont déterminés en fonction des cibles.

Le tableau de bord avec l'ensemble des critères figure en annexe du document. Deux indicateurs synthétiques sont associés à la grille concernant le profil des personnes à l'entrée et à la sortie du dispositif. Le scoring se fera sur 3 niveaux :

 Bon à très bon, niveau à maintenir	 Moyen, dimension à améliorer	 Mauvais, mesures correctrices à engager
--	--	--

score	Résultats	Pertinence	score
	Taux de personnes accueillies qui sont logées sur les 12 mois	Taux de nuits passées à la rue ou dans un UHU ou en incarcération pour les personnes intégrées dans les 6 mois avant l'entrée	
	Taux de personnes accueillies perdues de vue sur les 12 mois	Taux de demandes adaptées lors des commissions	
	Taux de personnes ayant quitté le dispositif avec une solution de logement et de suivi dans le droit commun		

score	Qualité	Performance	score
	Temps moyen d'accès au logement dans les 12 derniers mois	Taux de remplissage moyen annuel du dispositif	
	Taux de personnes ayant un plan de rétablissement écrit sur l'année ou évalué au moins une fois sur 12 mois	Taux moyen annuel de personnes logées/personnes accompagnées	
	Taux moyen de contacts mensuels sur les 12 mois	Vacance moyenne des logements sur l'année	
	Score moyen sur l'échelle de fidélité au modèle (PTH) et par domaine		
	Niveau d'évaluation du respect du choix des personnes sur le questionnaire de satisfaction (sur une échelle de 1 à 4) ou les focus groupe		
	Taux de mesures souhaitées par les personnes accueillies mises en œuvre dans le cadre des instances de participation sur les 12 mois		

- **Profil des personnes à l'entrée dans le dispositif**
- **Profil des personnes ayant quitté définitivement le dispositif sur les 12 mois**

D. Organisation et calendrier de l'évaluation sur site

Chaque gestionnaire proposera un plan de suivi et d'évaluation selon le calendrier et les modalités ci-dessous :

Type	modalités	Par qui	Auprès de qui	rythme	outil
Indicateurs par personne	Liste prédéfinie	Equipes	Les personnes accueillies	En routine	Logiciel ad hoc
Indicateurs par structure	Liste prédéfinie	Equipes et direction	Les professionnels	En routine	Logiciel ad hoc
Fiche de recueil des données à l'entrée	Liste prédéfinie	Equipes chez-soi et équipes d'orientation	Les personnes accueillies	A chaque entrée (entre 2 et 6 mois)	Logiciel ad hoc
Fiche de recueil de données à la sortie	Liste prédéfinie	Equipes	Les personnes accueillies	A chaque sortie	Logiciel ad hoc
Enquête de satisfaction	Enquête prédéfinie	Equipes ou représentants	Les personnes accueillies	2 fois par an	questionnaire

		des personnes accueillies			
compte-rendu de l'instance de participation	libre	Equipes ou représentants des personnes accueillies	Les personnes accueillies	Au moins tous les deux mois	Outil de reporting
Suivi des événements indésirables	libre	Equipes Direction Personnes accueillies	Equipes Direction Personnes accueillies	En routine	Outil de reporting
Suivi des commissions d'intégration	libre	Gestionnaire	Gestionnaire	En routine	Outil de reporting
Suivi des réunions d'équipe et de partenariat	libre	Equipes Direction Personnes accueillies	Réseau partenarial Gestionnaire Equipes Direction Personnes accueillies	En routine	Outil de reporting
Relevé annuel de la mesure de fidélité au modèle	Grille ad hoc d'autoévaluation et réunion de consensus	Dihal	Gestionnaire Equipes Direction	Annuel	Fichier ad hoc
Relevé tous les deux ans sur un échantillon de la mesure de l'échelle de rétablissement	Grille ad hoc d'enquête	Etudiant master Autre	Equipe Personnes accueillies (échantillon)	Tous les deux ans	Fichier ad hoc
Relevé tous les deux ans de la satisfaction des bailleurs et voisins	Grille ad hoc d'enquête	Etudiant master Autre	Bailleurs Voisins (échantillon)	Tous les deux ans	Fichier ad hoc
Tableau de bord des entrées et sorties	Libre	Direction Equipe	Personnes accueillies	En routine	Outil de reporting
Tableau de bord de suivi des vacances de logements, impayés et grosses réparations	Libre	Direction Equipe logement	Logements	En routine	Outil de reporting
Tableau de suivi budgétaire	Libre	Direction Equipe logement	Toute information	En routine	Outil de reporting

L'ensemble de ces éléments permettront de remplir la grille générale d'évaluation et l'ensemble des indicateurs.

Le tableau de bord national sera adressé par ailleurs à la Dihal.

L'ensemble des données devront être renseignées pour le 30 avril de chaque année.

E. Complémentarité avec l'évaluation interne et externe

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'Action sociale et médico-sociale soumet les établissements et services médico-sociaux à une législation spécifique en matière d'évaluation et d'amélioration continue des activités et de la qualité des prestations. Elle distingue deux types d'évaluations : **l'évaluation interne et l'évaluation externe.**

L'évaluation interne¹²³ est conduite par l'établissement lui-même. Elle interroge la pertinence, l'impact et la cohérence des actions mises en œuvre au regard des missions imparties d'une part, et des besoins et attentes des personnes accompagnées d'autre part. Les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) ont le libre choix des outils pour conduire leur évaluation interne. Toutefois, le cadre évaluatif est réglementairement défini¹²⁴ et porte au minimum **sur quatre domaines prioritaires** :

- La promotion de la qualité de vie, de l'autonomie, de la santé et de la participation sociale ;
- La personnalisation de l'accompagnement ;
- La garantie des droits et la participation des usagers ;
- La protection et la prévention des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers.

Les résultats de l'évaluation interne doivent comporter un plan d'actions avec des priorités, en précisant les effets attendus pour les usagers. **L'évaluation interne repose sur la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité**, qui doit être retracée chaque année dans le rapport d'activité de l'établissement ou du service

L'évaluation externe quant à elle porte une appréciation sur les conditions de sa mise en œuvre et les actions d'amélioration déployées. Elle est menée par un organisme habilité et doit respecter le même cahier des charges.

La démarche d'évaluation du dispositif ACT « Un chez-soi d'abord » place dès son ouverture le dispositif dans une démarche d'amélioration continue de la qualité en ciblant 16 indicateurs sur l'axe qualité qui vont constituer la base documentaire du système qualité qui devra être mis en œuvre par les gestionnaires. Les différents établissements pourront au regard des premiers résultats de leur évaluation annuelle cibler tel ou tel axe et définir ainsi des plans d'actions. Pour répondre au cadre réglementaire les indicateurs de suivi de la qualité proposés seront classés selon les quatre axes proposés ci-dessus.

¹²³ Elle analyse les processus mis en œuvre, l'organisation et les effets des actions pour les personnes accompagnées. Elle s'appuie sur une analyse documentaire, l'observation des pratiques et le recueil du point de vue des différents acteurs. Il s'agit d'une démarche collective et participative qui nécessite d'impliquer l'ensemble des professionnels et de confronter leurs paroles à celles des personnes accompagnées.

¹²⁴ Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

La promotion de la qualité de vie, de l'autonomie, de la santé et de la participation sociale ;

- Q7 : Taux moyen de relogement/nombre moyen de relogement souhaité par les personnes sur les 12 mois
- Q8 : Mesure du score de fidélité au « service orienté rétablissement » (RSA) professionnels et personnes accompagnées tous les 24 mois

La personnalisation de l'accompagnement ;

- Q1 : Temps moyen d'accès au logement dans les 12 mois
- Q2 : Nombre moyen de contact mensuel sur les 12 mois
- Q3 : Taux de personnes ayant un plan de rétablissement écrit sur l'année ou évalué au moins une fois sur les 12 mois

La garantie des droits et la participation des usagers ;

- Q4 : Score moyen sur l'échelle de fidélité au modèle (PTH) et par domaine
- Q5 : Niveau d'évaluation du respect du choix des personnes sur le questionnaire de satisfaction (sur une échelle de 1 à 4) ou les focus groupe sur les 12 mois
- Q6 : Taux de mesures souhaitées par les personnes accueillies mises en œuvre dans le cadre des instances de participation sur les 12 mois
- Q9 : Nombre de réunion annuelle d'une instance d'expression collective des personnes accueillies sur les 12 mois
- Q10 : Taux de personnes ayant répondu au questionnaire de satisfaction sur les 12 mois
- Q16 : Taux de participation des locataires aux instances du groupement sur les 12 derniers mois

La protection et la prévention des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers.

- Q11 : Nombre d'évènement indésirable (EI) répertoriés sur les 12 mois
- Q12 : Taux d'EI ayant eu une mesure correctrice sur les 12 mois
- Q13 : Taux d'EI répertorié lié à des violences ou discriminations subies par les locataires dans les 12 mois
- Q14 : Taux de professionnels participant aux regroupements nationaux ou aux formations sur les 12 mois
- Q15 : Taux de participation des professionnels aux instances du groupement sur les 12 derniers mois

IV) Ce qui sera demandé aux gestionnaires

Un recueil de données sera proposé sur tableur Excel. Sur les premières années de montée en charge, il comprendra :

- Les données à l'entrée et à la sortie
- Les données d'activité dont la montée en charge
- La grille de fidélité au modèle (Dihal)
- Le tableau de bord national (sous réserve d'une année d'activité)
- Sous réserve de mise en place d'un logiciel ad hoc les données de suivi
- Les données d'activité RH et budgétaires demandées par les autorités de tutelle dont les grilles IML.

En routine, le tableur Excel comprendra :

- Les données à l'entrée et à la sortie
- Le tableau de bord national
- Les données de suivi sous réserve de mise en place d'un logiciel ad hoc
- Les données d'activité RH et budgétaires demandées par les autorités de tutelle dont les grilles IML

III) La formation

A. Un axe fondamental

La stratégie mise en œuvre est novatrice à plusieurs égards et elle demande une adaptation des organisations au-delà des pratiques professionnelles elles-mêmes. De ce fait la formation devra concerner l'ensemble des parties prenantes et le dispositif par lui-même doit aussi être en capacité de sensibiliser les acteurs du territoire. Il s'agit d'opérer un changement de paradigme tant sur le volet d'accompagnement vers et dans le logement que des pratiques orientées rétablissement en santé mentale et enfin de la réduction des risques. Ces dynamiques sont déjà à l'œuvre sur les territoires mais restent souvent minoritaires c'est pour cela qu'en s'appuyant sur des acteurs qui sont déjà sensibilisés ou promoteurs eux-mêmes, le rôle de sensibilisation/formation des équipes et du groupement est très important. C'est une des missions qui devra être intégré au projet d'établissement et qui ne fait pas partie de celles classiquement demandées aux établissements médico-sociaux. Pourtant ici l'enjeu est important car les personnes, comme l'on vise l'accès à la citoyenneté, seront dès que possible accompagnées par les dispositifs de droit commun de leur territoire ; il faut donc une cohérence dans les pratiques pour faciliter l'accès et le maintien de l'accompagnement par le droit commun.

En interne la formation est aussi un point crucial ; le dispositif s'intègre à des organisations existantes qui devront adapter leur management pour une efficacité optimale. On l'a vu la prise de décision concertée, l'horizontalité des circuits de management, l'implication des personnes concernées et/ou accueillies sont des outils de réussite. Ainsi la sensibilisation des administrateurs du groupement et des cadres des organisations membres sera proposée par la Dihal.

Les personnels de l'équipe tant sur le volet accompagnement que logement seront formés lors de la mise en œuvre mais aussi régulièrement ; une formation des nouveaux professionnels sera assurée au fil de l'eau.

Les personnes accompagnées devront autant que possible être associées aux formations proposées à l'équipe ou données par l'équipe ceci permettant de faire vivre concrètement l'orientation rétablissement en santé mentale.

B. La formation du personnel

Il est possible de distinguer deux dynamiques :

- Une formation initiale pour garantir la bonne compréhension et l'adhésion au modèle et à ses valeurs
- Une formation continue pour « réinterroger » ce qui constitue le quotidien des accompagnants. Par ailleurs, la formation continue permet de répondre à certains

questionnements et d'approfondir des thématiques qui n'avaient pas été abordée lors de la formation initiale.

1. La formation initiale

Elle est proposée par la Dihal en lien avec des professionnels des équipes de la phase d'expérimentation ; il s'agit d'un module de 5 jours (2 jours /immersion dans les équipes de la phase expérimentale / 2 jours à 1 mois d'intervalle / 1 jour à 6 mois d'intervalle). Elle devra idéalement avoir lieu dans les premiers 3 mois de mise en place du dispositif.

Chaque année la Dihal organisera par ailleurs à l'automne une journée de sensibilisation des nouveaux administrateurs et membres des groupements à Paris.

2. La formation continue

Le gestionnaire devra proposer un plan de formation annuel en s'appuyant sur l'évaluation des besoins des professionnels et les recommandations de la phase expérimentale.

a. La sensibilisation au modèle

Un module sensibilisation des nouveaux professionnels et des acteurs sur le territoire est développé par la Dihal et mis à disposition des groupements sur chacun des territoires. Il est en annexe de ce document.

b. Les modules complémentaires

Des modules complémentaires dont la liste n'est pas exhaustive : le rétablissement en santé mentale, l'accompagnement par les forces, etc... seront proposée aux équipes ; à cet effet, la Dihal proposera la liste des formations qu'elle aura recensé mais chaque équipe mettra aussi ses connaissances au service de l'ensemble des autres dispositifs.

Des modules de formation pourront être communs aux professionnels des équipes et aux personnes accompagnées. Ils porteront en particulier sur les thèmes suivants : l'iatrogénie des traitements en particulier des psychotropes, la santé des personnes à la rue, les complications des addictions, etc..., le repérage de l'ensemble des structures médicales (dont les soins dentaires) sociales et médicosociales existant sur le territoire et sur leurs missions afin d'améliorer l'utilisation rationnelle des services.

3. Les échanges inter-sites

La dynamique entre les différents dispositifs est un outil de formation et d'échange de pratique. Deux modalités sont proposées :

- Une réunion annuelle des différents membres des équipes ACT « Un chez-soi d'abord » organisé par la Dihal et qui a lieu sur un des sites. Celui-ci assure l'organisation logistique.

- Des réunions téléphoniques mensuelles des directeurs et coordinateurs de sites organisées par la Dihal.
- Deux réunions annuelles des directeurs et coordinateurs de dispositif à Paris organisées par la Dihal
- Des échanges de professionnels entre les sites qui feront l'objet de conventions inter-sites sur le principe des stages croisés.

C. Le dispositif ACT « Un chez-soi d'abord » acteur de formation

Le dispositif lui-même proposera :

- Des sensibilisations aux acteurs de son territoire sur ce qui fait sa spécificité : valeurs et principes.
- Des formations aux nouveaux sites lorsque ses professionnels auront eux-mêmes acquis une expertise sur le sujet.

Pour cela il pourra conventionner avec des organismes de formation sur le territoire s'il n'a pas lui-même l'agrément.

D. Proposition de modules de formation

1. Objectif général

Appropriation du modèle « un chez-soi d'abord » par l'ensemble des parties prenantes

2. Publics visés

Ensemble des acteurs participant au déploiement du modèle : institutionnels, élus, directeurs et cadres associatifs, professionnels sociaux, médicaux et médico-sociaux, gestionnaires logements, travailleurs pairs, usagers, etc...

Nouveaux professionnels des équipes UCSDB

3. Quatre types de module

- Module de sensibilisation à la démarche UCSDB sur ½ ou 1 journée : faisabilité immédiate
- Module de formation sur 2 jours : mise en œuvre d'un dispositif UCSDB sur un territoire : faisabilité immédiate
- Module de formation sur 3 jours : loger et accompagner les personnes au sein d'un dispositif UCSDB : en attente
- Modules d'approfondissement : le rétablissement en santé mentale, l'approche par les forces, la réduction des risques et des dommages.

module 1 :

1 jour ou 1/2 journée
sensibilisation à la
démarche UCSDB

module pratique :

1 jour ou 1/2 journée
immersion dans une
équipe

module 2 :

mise en oeuvre d'un dispositif sur un territoire
2 jours
sensibilisation + gestion de projet de création
d'un dispositif UCSDB

**module
d'approfondissement**
: rétablissement en
santé mentale, RDR,
approche par les
forces

module 3 :

Loger et accompagner les personnes au sein d'un
dispositif UCSDB
5 jours
sensibilisation + gestion de projet + focus sur les
pratiques

4. Module de sensibilisation à la démarche :

- a. Contenu du module : les principes généraux du UCSDB
 - Rappels historique
 - Mise en œuvre en France
 - Les 8 principes
 - Les résultats de la phase expérimentale
 - Les enseignements à retenir dans un objectif d'essai
- b. Public visé
Tout public souhaitant s'informer sur le UCSDB
- c. Attendus du module
 - Comprendre en quoi le modèle change les pratiques d'accompagnement
 - Juger de l'opportunité de mettre en œuvre sur son territoire un dispositif UCSDB
 - Savoir où trouver des informations sur le modèle
- d. Outils de formation
 - PPT de la Dihal (en cours d'enregistrement), film Dihal saison 2 et 4 version courte, film « une journée ordinaire du UCSDB » Marseille
 - Trame de formation sur les enseignements (Dihal) (en cours)
 - E-guide en cours Dihal
 - Site HF Europe guide et Films / vignette du guide
 - Interaction sous forme de Q/R
 - Intervention de membres des équipes pour témoignage et si possible locataire
 - Favoriser l'intervention de MSP
- e. Durée de la formation
½ à 1 journée (3 à 6 heures) ; Exemple ci-dessous de déroulé de la ½ journée
Sur la journée : faire des séquences sur les pratiques plus longues avec présentation de situations et / ou séquence d'immersion dans l'équipe

	Contenu	Où trouvez les informations	Qui
30 mn	Généralités sur le modèle	PPT Dihal : slide 1 à 4	Chef de projet formation
20 mn	Témoignage locataire vidéo	Film UCSDB saison 4 version courte	idem
30 mn	Principes, résultats et enseignements	PPT Dihal	idem
40 mn	Quotidien des équipes	Film « une journée ordinaire du UCSDB » Marseille Intervention de membre des équipes sur des axes pré définis (le travail en binôme, l'aller vers, l'individualisation des accompagnements, la réversibilité des prises de risque, la réactivité, etc...)	Idem + des membres de l'équipe
60 mn	Q/R	Echanges avec la salle	idem

- f. Focus sur les pratiques des professionnels (à développer sur une ½ journée)
Sur chaque axe proposer un point théorique (slide PPT) et un exemple illustratif

Axe	Exemple
Les professionnels de l'équipe et le ratio personnel/locataire	quelles compétences pour travailler dans une équipe UCSDB
L'organisation du travail : réunion du matin, binôme, visite à domicile, accompagnement dans la cité Décloisonner et proposer un accompagnement pluridisciplinaire : spécialisation / déspecialisation	partage de l'information et échange lors du binôme ; quel apport la pluridisciplinarité pour la personne au quotidien
Le maintien dans le logement : gestion locative adaptée, relogement si besoin, glissement de bail et sécurisation financière des personnes ; comment et quand proposer un déménagement / réaménagement ;	comment accompagner au choix du logement, comment sécuriser financièrement, quel différence par rapport à de la gestion locative classique
La palette de service qui part des besoins/choix des personnes Individualiser et centrer l'accompagnement sur le milieu de vie des personnes Sécuriser les prises de risque des personnes	illustration d'une situation d'accompagnement (choix de plusieurs type d'accompagnement dont santé) et en quoi cela change par rapport au travail social/médical classique
Accès à l'emploi et intégration sociale : travailler en lien avec la communauté	illustration d'un accompagnement vers l'emploi ou une activité
Le rétablissement en pratique ; partir des forces des personnes, ne pas réduire la personne à son symptôme, placer la personne comme expert de son rétablissement	les outils du rétablissement (WRAP, plan de rétablissement, plan de crise) ; comment on part des forces de la personne ;
les médiateurs de santé pair et l'auto support	témoignage d'un MSP et de l'équipe ; en quoi cela change les pratiques ; le réseau REV
la RdR ; comment accompagner des personnes qui ont des consommations actives	illustration d'une situation

g. Quels opérateurs pour ce module

- Tous les sites historiques peuvent proposer un module
- Coordination : GCSMS + gestionnaire de projet formation
- Opérateurs : professionnels de l'équipe

Check-list pour construire le module n°1 :

1. Avoir le PPT général de la Dihal
2. Avoir le film de présentation du PPT par la Dihal
3. Avoir des plaquettes Dihal : « retour sur les 6 ans d'expérience du UCSDB »
4. Avoir le film UCSDB saison 4 version courte
5. Avoir le film « une journée ordinaire du UCSDB » Marseille
6. Avoir visionné les films/vignette du site HF Europe guide et sélectionner celles qui sont pertinentes
7. Préparer une trame d'intervention sur les pratiques avec des exemples concrets et des extraits des films/vignettes ou des interventions des membres d'équipe
8. Avoir un gestionnaire du projet et au moins 4 professionnels qui souhaitent assurer les modules
9. Préparer une plaquette les ressources disponibles à laisser aux personnes le jour de la formation
10. Proposer un calendrier : 1 journée par trimestre par exemple
11. Budgéter la journée de formation
12. Signer la convention avec un organisme de formation

5. Module de formation : mise en œuvre du dispositif UCSDB sur le territoire

a. Contenu du module

- Le module de sensibilisation sur ½ journée (principe généraux du UCSDB)
- Le module d'immersion de ½ journée où sera repris le focus sur les pratiques en situation
- Méthode d'accompagnement au montage d'un groupement UCSDB

b. Public visé

- Tout public souhaitant mettre en œuvre sur le territoire un dispositif UCSDB
- Membres de futurs groupements gestionnaires du UCSDB

c. Attendus du module

- Comprendre en quoi le modèle change les pratiques d'accompagnement
- Juger de l'opportunité de mettre en œuvre sur son territoire un dispositif UCSDB
- Savoir où trouver des informations sur le modèle
- Etre en capacité de mettre en œuvre un dispositif sur le territoire

d. Outils de formation

- PPT de la Dihal (en cours d'enregistrement), film Dihal saison 2 et 4 version courte, film « une journée ordinaire du UCSDB » Marseille
- Trame de formation sur les enseignements (Dihal) (en cours)
- Film vignette HF Europe guide
- Interaction sous forme de Q/R
- Intervention de membres des équipes pour témoignage et si possible locataire
- Favoriser l'intervention de MSP
- E-guide en cours Dihal
- Convention et RI du groupement
- Pré-projet d'établissement
- Réponse à l'AAP

e. Durée de la formation

2 jours

	durée	contenu	Où trouver les informations	qui
Journée 1	½ journée	S'informer sur le modèle	Module de sensibilisation	Chef de projet formation Equipe
	½ journée		Temps d'immersion	idem
Journée 2	30 mn	Faire un état des lieux des besoins sur le territoire et Choisir de développer un ACT « Un chez-soi d'abord »	e-guide UCSDB	Chef de projet formation + opérateurs historiques + directeur GCSMS
	30 mn	Développer un réseau de partenaires le plus large possible sur le territoire S'approprier collectivement les concepts du modèle	e-guide UCSDB	Chef de projet formation + opérateurs historiques + directeur GCSMS
	30 mn	Q/R	Echanges avec la salle	idem
	60 mn	Créer un groupement de coopération social et médico-social GCSMS	Exemples de convention et de RI Témoignage des opérateurs historiques Documents juridiques	Chef de projet formation + opérateurs historiques + directeur GCSMS

			e-guide UCSDB	
	30 mn	Q/R	Echanges avec la salle	idem
	PAUSE			
	30 mn	Q/R	Echanges avec la salle	idem
	60mn	Ecrire le pré-projet d'établissement Former le personnel s'assurer de la disponibilité des logements	Exemple de pré-projet Liste de formation et critères de recrutement Témoignage des opérateurs e-guide UCSDB	Chef de projet formation + opérateurs historiques dont gestionnaire logement + directeur GCSMS
	30mn	Répondre à l'appel à projet régional	Exemple de réponse à l'AAP Témoignage des opérateurs e-guide UCSDB	Chef de projet formation + opérateurs historiques + directeur GCSMS
	30 mn	Q/R	Echanges avec la salle	idem

f. Quels opérateurs pour ce module

- Tous les sites historiques peuvent proposer un module
- Coordination : GCSMS + gestionnaire de projet formation
- Opérateurs : directeurs du GCSMS, porteurs historiques (associatifs et hospitalier), professionnels de l'équipe

Check-list pour construire le module n°2:

1. Avoir le PPT général de la Dihal
2. Avoir le film de présentation du PPT par la Dihal
3. Avoir des plaquettes Dihal : « retour sur les 6 ans d'expérience du UCSDB »
4. Avoir le film UCSDB saison 4 version courte
5. Avoir le film « une journée ordinaire du UCSDB » Marseille
6. Avoir visionné les films/vignette du site HF Europe guide et sélectionner celles qui sont pertinentes
7. Préparer une trame d'intervention sur les pratiques avec des exemples concrets et des extraits des films/vignettes ou des interventions des membres d'équipe
8. Avoir un gestionnaire du projet et au moins 4 professionnels qui souhaitent assurer les modules et au moins un représentant de chaque porteur historique et le directeur du groupement
9. Préparer une trame d'intervention sur le montage du GCSMS avec les principaux points qui ont posé question et leur modalité de résolution
10. Préparer des exemples de convention et RI et pré-projet d'établissement et réponse AAP.
11. Préparer une plaquette les ressources disponibles à laisser aux personnes le jour de la formation
12. Proposer un calendrier : 2 journées par trimestre par exemple
13. Budgéter la journée de formation
14. Signer la convention avec un organisme de formation

6. Module de formation : loger et accompagner les personnes au sein d'un dispositif UCSDB

En cours de construction

Quelques recommandations pour la formation :

Ce que doit contenir une formation ACT « Un chez-soi d'abord » :

- Présentation officielle du modèle Logement d'abord, y compris les valeurs et principes qui le sous-tendent.

- Expliquer tous les aspects du programme aux nouveaux employés, y compris le rôle de chaque employé.
- Décrire les processus de supervision et d'encadrement, traiter de l'importance de l'autodétermination des participants et de leur permettre de faire des choix, en plus de préciser que le programme est axé sur le rétablissement.
- Notions de base concernant la réduction des dommages et les pratiques favorisant l'intégration sociale et communautaire des participants.
- Clarifier rôle des équipes des volets accompagnements et logement
- De prendre soin d'eux-mêmes et d'aller chercher du soutien pour prévenir l'épuisement.
- Mettre en place des espaces interdisciplinaires de réflexion sur les pratiques visant à « prendre soin ».
- Sensibiliser/former l'ensemble de l'équipe aux pratiques d'accompagnement concernant la réduction des risques liées aux pratiques addictives
- Favoriser la connaissance partagée entre les professionnels de la psychiatrie et médico-sociaux en participant à des temps de formation et de réflexions communs sur les pratiques.
- S'assurer que ces formations/réflexions intègrent systématiquement des personnes accompagnées et des aidants non professionnels.
- Former les professionnels à la mise en œuvre des protocoles de gestion des crises, des urgences et des hospitalisations
- Former et sensibiliser les professionnels au repérage, à la prévention et à la gestion des crises.
- Former les professionnels au cadre juridique concernant les droits des patients, et notamment les situations d'absence de demande et de refus de soins (loi du 4 mars 2002), le cadre juridique des soins sans consentement, le rôle des personnes exerçant les mesures de protection (tutelle et curatelle) et de la personne de confiance.
- Mettre en place un management/une organisation favorisant le bien-être au travail des professionnels.
- Définir une demi-journée par semaine pour aborder des points thématiques particuliers

Bibliographie

1. Actualité et dossier en santé publique n° 17 décembre 1996 page XVIII
2. Bosetti T., Bouloudnine R., On the Road to Recovery - Construction of a Practical Toolbox in « un chez soi d'abord » Marseille, Revue de la Feantsa, Issue N°20 – winter 2014-15.
3. Busch-Geertsema, V. (2013) Housing First Europe. Final Report (Bremen, GISS), <http://www.giss-ev.de//files/giss/upload/Pdf/FinalReportHousingFirstEurope.pdf>
4. Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J., & Balain, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science*, 2, 40. doi: 10.1186/1748-5908-2-40
5. Coldefy M, Le Fur P, Lucas-Gabrielli V, Mousques J. Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. santé IQdédI, editor. Paris 2009.
6. Comptes Cd. Rapport public thématique sur les personnes sans domicile. Paris; mars 2007
7. Davidson L., J. Rakfeldt, et J. Strauss, Davidson L, Rakfeldt Jaak, Strauss J. 2010. The roots of recovery movement in psychiatry. Lessons learned. Edt willey-blackwell, 282 pages, Edt Willey-Blackwell. 2010
8. Dambricourt J. Analyse descriptive des données recueillies auprès de 703 personnes sans-abri, présentant une schizophrénie ou des troubles bipolaires, à leur inclusion dans l'essai randomisé multisite « un chez soi d'abord ». Lyon : Thèse Médecine ; 2017 <http://n2t.net/ark:/47881/m6g73cm7>.
9. Damon, J., 2002. La question SDF PUF., Paris.
10. Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American journal of community psychology*, 41(3-4), 327-350.
11. Eric Macnaughton, Ana Stefancic, Geoffrey Nelson, Rachel Caplan, Greg Townley, Tim Aubry, Scott McCullough, Michelle Patterson, Vicky Stergiopoulos, Catherine Vallée, Sam Tsemberis, Marie-Josée Fleury, Myra Piat, Paula Goering, "Implementing Housing First Across Sites and Over Time: Later Fidelity and Implementation Evaluation of a Pan-Canadian Multisite Housing First Program for Homeless People with Mental Illness" *American Journal of Community Psychology* (2015) 55:279–291
12. Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med* 2008. ; 5(12):e225.
13. Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F., & Wallace, F. (2009). Core implementation components. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 531-540.
14. Florentin T, Castro B, Skurnik N. Désinstitutionalisation et histoire moderne. *Ann Med Psychol* 1995;153 417-21.
15. Fondation Abbé Pierre. L'état du mal-logement en France. Paris, 21^{ième} rapport annuel 2016.

16. Gilmer TP, Stefancic A, Ettner SL, Manning WG, Tsemberis S. Effect of full-service partnerships on homelessness, use and costs of mental health services, and quality of life among adults with serious mental illness. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Jun;67(6):645-52.
17. Gilmer, T. P., Stefancic, A., Sklar, M., & Tsemberis, S. (2013). Development and validation of a Housing First fidelity survey. *Psychiatric Services*.
18. Girard V, Estecahandy P et Chauvin P. 2010. La santé des personnes sans chez soi : Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen. Rapport à la Ministre de la santé et des sports. Paris : La Documentation française.
19. Goering, P., Girard, V., Aubry, T., Barker, J., Fortanier, C., Latimer, E., ... & Tinland, A. (2012). Conduite d'essais relatifs aux politiques qui soutiennent le modèle d'intervention accordant la priorité au logement: l'histoire de deux pays. *Lien social et Politiques*, (67), 161-182.
20. Goering, P., Veldhuizen, S., Nelson, G. B., Stefancic, A., Tsemberis, S., Adair, C. E., ... & Streiner, D. L. (2015). Further Validation of the Pathways Housing First Fidelity Scale. *Psychiatric Service*
21. Henwood BF, Stanhope V, Padgett DK. The Role of Housing: A Comparison of Front-Line Provider Views in Housing First and Traditional Programs. *Adm Policy Ment Health*.
22. Kyle T, Dunn JR. Effects of housing circumstances on health, quality of life and healthcare use for people with severe mental illness: a review. *Health Soc Care Community*. 2008;16(1):1-15.
23. Lancet. 2014 Oct 25;384(9953):1541-7. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61133-8. Health interventions for people who are homeless. Hwang SW(1), Burns T(2).
24. Laporte A., Douay C., Detrez M.-A., Le Masson V., Le Mener E., Chauvin P., 2010, « La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France », Observatoire du Samu social de Paris et INSERM (UPMC, UMRS-707)
25. Laurent, C., Baudry, J., Berriet-Sollic, M., Kirsch, M., Perraud, D., Tinel, B., ... & Carneiro, M. J. (2009). Pourquoi s'intéresser à la notion d'«evidence-based policy»? *Revue Tiers Monde*, (4), 853-873.
26. Le Cardinal P., Davidson L., Finkelstein C., Roelandt JL., Daumerie N., 2010, Participation de patients rétablis aux interventions dans les services de soins, p. 1-16 PLURIELS n°85-86.
27. Novella, E.J., 2010. Mental health care in the aftermath of deinstitutionalization: a retrospective and prospective view. *Health Care Analysis: HCA: Journal of Health Philosophy and Policy*, 18(3), p.222-238.
28. Padgett DK, Stanhope V, Henwood BF, Stefancic A. Substance Use Outcomes Among Homeless Clients with Serious Mental Illness: Comparing Housing First with Treatment First Programs. *Community Ment Health J*. in press.
29. Pinte E. L'hébergement d'urgence et l'accès au logement des personnes sans abri. Paris; Septembre 2008
30. Regnier, A. ; Girard, V. ; Laval, C. ; Estecahandy, P. 2011. « Une expérimentation française originale du modèle américain "housing first" », dans Sans abri en Europe, le magazine de la feantsa.

31. Roelandt, J.L., 2010. De la psychiatrie vers la santé mentale, suite : bilan actuel et pistes d'évolution. *L'information psychiatrique* 2010 ; 86 : 777-83
32. SAnTéMENTale et Addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France dirigée par l'Observatoire du Samusocial de Paris et l'INSERM (Laporte et Chauvin, 2010)
33. Tinland A. *et al.*, « Evaluation of the Housing First program in patients with severe mental disorders in France: study protocol for a randomized controlled trial », *Trials*, vol. 14, p. 309, sept. 2013.
34. Tsemberis S, Gulcur L, Nakae M. Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *Am J Public Health*. 2004;94(4):651-6.
35. Tsemberis S. From street to homes : An innovative approach to supported housing for homeless adults with psychiatric disabilities. *Journal of Community Psychiatry*, 27,225-241. 1999.